

**Betydelsen av livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin för
förståelsen av närståendevård som en möjliggörare för ett gott åldrande**
– en kvalitativ studie

Sarah Höglund (37311)

Magisteravhandling i socialpolitik

Handledare: Fredrica Nyqvist

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Åbo Akademi

2016

ÅBO AKADEMI – FAKULTETEN FÖR PEDAGOGIK OCH VÄLFÄRDSSTUDIER

Abstrakt för magisteravhandling

Ämne: Socialpolitik	
Författare: Sarah Höglund	
Arbetets titel: Betydelsen av livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin för förståelsen av närståendevård som en möjliggörare för ett gott åldrande – en kvalitativ studie	
Handledare: Fredrica Nyqvist	
<p>Bakgrunden till avhandlingen är att andelen äldre ökar i Finland, vilket medför ett behov av nya ekonomiska lösningar samtidigt som vårdkvaliteten tryggas. Närståendevård är en för samhället förmånlig vårdform som möjliggör att äldre får bo hemma längre samtidigt som institutionsvården minskar. Det är i enlighet med den finländska regeringens målsättningar och närståendevården ska därför utökas. I forskning om närståendevård har man främst fokuserat på vårdarens upplevelser och det finns ett behov av att öka kunskapen om vårdtagarnas upplevelser.</p> <p>Avhandlingens syfte är således att undersöka äldre vårdtagares upplevelser av närståendevård och åldrande genom att tillämpa livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Avhandlingens fyra frågeställningar är ifall närståendevård upplevs som en god vårdform sett ur vårdtagarens synvinkel, vad som upplevs som positivt och negativt med vårdformen, vilken betydelse reciprocitet har för vårdtagaren och vilka möjligheter hon eller han har till reciprocitet i relationen till närståendevårdaren samt vilken betydelse vårdtagarens tidigare livsskeden har för hans eller hennes upplevelser av närståendevård.</p> <p>I avhandlingen behandlas även utvecklingen inom socialgerontologiska teorier. Två av de mest använda socialgerontologiska teorierna på 2000-talet är livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Livsloppsperspektivet innebär att man tar i beaktande många olika faktorer såsom t.ex. samhälleliga förändringar och en individs tidigare livsskeden när man studerar åldrande. Den sociala utbytesteorin utgår från att det en människa ger åt en annan, förväntar hon sig tillbaka. I en obalanserad utbytesrelation uppstår missnöje och en känsla av maktlöshet hos den som enbart är mottagare. Det är en situation som äldre riskerar att hamna i, då deras resurser inte alltid värdesätts av den yngre, arbetsföra generationen.</p> <p>I denna kvalitativa studie har semistrukturerade temaintervjuer genomförts. Sju svenskspråkiga närståendevårdtagare i åldern 71-80 har intervjuats i Österbotten. Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultaten visar att vårdtagarna överlag upplever närståendevård som en god vårdform med många fördelar. Vårdtagarna uppskattar framför allt att få bo hemma och tryggheten i att vårdas av någon anhörig som känner dem väl och hela tiden är tillgänglig. Flera vårdtagare upplever oro inför framtiden, eftersom de inte vet vad som händer om eller när närståendevårdarens hälsa försämras. Flera vårdtagare upplever frustration över sitt hälsotillstånd och hade inte förväntat sig att åldrandet skulle se ut på det sätt som det gör. Missnöjet tycks inte vara en följd av avsaknad av reciprocitet i relationen till närståendevårdaren, utan de negativa känslorna handlar om att acceptera det försämrade hälsotillståndet efter att tidigare ha levt ett aktivare liv.</p>	
Nyckelord: närståendevård, vårdtagare, äldre, subjektiva upplevelser, åldrande, socialgerontologi, livsloppsperspektiv, social utbytesteori	
Datum: 13.4.2016	Sidoantal: 88
Abstraktet godkänt som mognadsprov: 13.4.2016 av Fredrica Nyqvist	

Innehåll

1 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte och frågeställningar	2
1.3 Avgränsningar och centrala begrepp	2
1.4 Magisteravhandlingens uppbyggnad	3
2 Närståendevård.....	4
2.1 Närståendevården som en del av Finland social- och hälsopolitik.....	5
2.2 Närståendevårdens ekonomiska betydelse	7
2.3 Tidigare forskningsexempel	8
3 Socialgerontologi	10
3.1 Bristen på tillämpning av socialgerontologiska teorier	11
3.2 Socialgerontologins utveckling	12
3.3 Socialekologiska teorier	14
3.4 Modeller.....	15
4 Livsloppsperspektivet.....	16
4.1 Utvecklingsteori.....	16
4.2 Livsloppsperspektivets principer	17
4.3 Förändringar i samhället	18
4.4 Kritik mot livsloppsperspektivet	19
5 Den sociala utbytesteorin	20
5.1 Reciprocitet.....	21
5.2 Ålderism	22
5.3 Seriell reciprocitet.....	23
5.4 Obalanserad utbytesrelation	24
5.5 Maktanalytiskt perspektiv kopplat till äldres livsvillkor	24
5.6 Utbytesteori på individnivå	27
6 Metod	28
6.1 Val av metod.....	28
6.2 Val av intervjumetod	29
6.3 Konstruktion av intervjuguide	29
6.4 Urvalsmetod.....	31
6.5 Urvalsprocessen i min studie	32
6.6 Materialinsamling	34
6.7 Transkribering	37
6.8 Undersökningens tillförlitlighet.....	39

6.9 Etiska reflektioner.....	42
6.10 Analysmetod.....	44
7 Resultat.....	46
7.1 Närståendevård	46
7.1.1 Fördelar	46
7.1.2 Utmaningar	49
7.1.3 Val av närståendevård.....	52
7.1.4 Tankar om systemet	53
7.1.5 Tankar om äktenskapet	55
7.1.6 Hälso- och sjukvård	56
7.2 Livsloppsperspektivet.....	58
7.2.1 Bakgrund.....	59
7.2.2 Förväntningar på åldrande	61
7.2.3 Upplevelser av åldrande.....	62
7.2.4 Nya och gamla intressen	65
7.2.5 Tankar om framtiden.....	67
7.3 Reciprocitet.....	68
7.3.1 Möjligheter till reciprocitet	68
7.3.2 Tankar om reciprocitet	70
7.3.3 Seriell reciprocitet.....	71
8 Sammanfattande diskussion	72
Källförteckning.....	78

Tabeller

Tabell 1. Alternativ till beroende och undergivenhet.....	25
---	----

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide.....	83
Bilaga 2: Analysmodell.....	84

1 Inledning

I det här kapitlet inleder jag med att redogöra för bakgrunden till mitt valda tema. Jag presenterar därefter avhandlingens syfte, frågeställningar, avgränsningar och centrala begrepp. Jag redogör även för magisteravhandlingens uppbyggnad.

1.1 Bakgrund

Närståendevård är en uppskattad vårdform som dessutom är förmånlig för samhället och minskar på social- och hälsovårdsutgifterna. År 2013 beräknades vårdformen ha besparat kommunerna sammanlagt 1,1 miljarder euro i kostnader för sociala tjänster. Social- och hälsovårdsministeriet har därför som målsättning att utöka närståendevården. Temat är speciellt aktuellt eftersom befolkningsstrukturen i Finland förändras då andelen äldre ökar och andelen arbetsföra minskar. Med detta medföljer krav på nya strategier för att kunna trygga en god social- och hälsovård samtidigt som ekonomin går ihop. (Social- och hälsovårdsministeriet [SHM], 2011; SHM 2013a.)

Närståendevård har främst undersökts ur vårdarnas synvinkel och det finns ett behov av att öka kunskapen om vårdtagarnas upplevelser av vårdformen (Martire, Schulz, Wrosch, & Newsom, 2003; Pruchno, Burant & Peters, 1997).

Socialgerontologi innebär studier av åldrande på individ-, grupp- och samhällsnivå (Samuelsson, 2004). Inom socialgerontologisk forskning tillämpas alldeles för lite teori, trots att det finns teorier att tillgå. Socialgerontologiska teorier behöver belysas och tillämpas mer för att kunna skapa åtgärdsprogram som tryggar de äldres situation. Genom att kombinera socialgerontologiska teorier och empiriska resultat får man en bra grund att utgå från då åtgärdsprogram ska utvecklas och förverkligas. (Bengtson, Burgess, Parrott & Mabry, 2006.) Två av de mest tillämpade teorierna i socialgerontologiska sammanhang på 2000-talet är livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin (Alley, Putney, Rice & Bengtson, 2010).

Enligt livsloppsperspektivet kan man inte förstå en individs åldrande utan att ta hela livsloppet i beaktande. Förutom individuella erfarenheter och egenskaper, påverkar även samhälleliga förändringar en individ. Utbytesteorin handlar om reciprocitet, vilket innebär att det man ger väntar man sig tillbaka. I en god relation finns det en balans i givandet och tagandet mellan två

parter. Om den ena parten endast får och den andra enbart ger, uppstår missnöje och en ojämn maktfördelning i relationen. Det är en situation som det finns risk för att äldre hamnar i, då deras ”gåvor” i form av erfarenheter och kunskaper inte alltid värdesätts i samhället. (Tornstam, 2011.)

Med denna bakgrund har jag valt att med hjälp av livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin undersöka äldre vårdtagares upplevelser av närståendevård och åldrande. Jag har valt att utföra en kvalitativ studie för att undersöka respondenternas upplevelser på djupet.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här magisteravhandlingen är att undersöka äldre närståendevårdtagares upplevelser av närståendevård och åldrande genom att tillämpa livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin.

- Är närståendevård en god vårdform sett ur vårdtagares synvinkel?
- Vad upplevs som positivt och negativt med vårdformen?
- Vilken betydelse har reciprocitet för vårdtagaren och vilka möjligheter har hon eller han till reciprocitet i relationen till närståendevårdaren?
- Vilken betydelse har vårdtagarens tidigare livsskeden för vårdtagarens upplevelser av närståendevård?

1.3 Avgränsningar och centrala begrepp

Åldrande definieras enligt Nationalencyklopedin som ”det att bli äldre” (Nationalencyklopedin u.å.). Enligt § 3 i Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) definieras *äldre befolkning* som ”... den del av befolkningen som är i en ålder som berättigar till ålderspension”, medan en *äldre person* definieras som ”... en person vars fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder”.

Ålderspension är man enligt folkpensionslagen berättigad till då man fyllt 65 år, alternativt förtida ålderspension då man fyllt 63 år (Folkpensionsanstalten, 2014). I Social- och

hälsovårdsministeriets publikationer anses äldre vara de som är 63 år fyllda eftersom de då är berättigade till ålderdomspension (SHM, 2014a). I den här avhandlingen definieras äldre som 63 år fyllda.

Enligt § 2 i Lagen om stöd för närståendevård (937/2005) definieras *närståendevårdare* som ”en anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära och som ingått ett avtal om närståendevård”. Social- och hälsovårdsministeriet definierar *närståendevård* som:

... en vårdform som bidrar till att en person som behöver vård och omsorg kan bo hemma. Omsorgen omfattar att hjälpa, stödja och handleda den vårdbehövande samt att övervaka de dagliga funktionerna. I synnerhet personer med psykiska problem, utvecklingsstörda, dementa och barn med nedsatt psykisk eller kognitiv funktionsförmåga har ofta ett behov av handledning och övervakning. En närståendevårdare ger närståendevård till den vårdbehövande med nödvändiga tjänster som stöd. Behovet av tjänster hos den vårdbehövande utreds och tjänsterna ordnas t.ex. utifrån socialvårdslagen, ålderslagen, handikappservicelagen, lagen om utvecklingsstörda eller hälso- och sjukvårdslagen. På motsvarande sätt utreds behovet av tjänster hos närståendevårdaren utifrån den gällande lagstiftningen och vårdaren tillhandahålls vid behov de lagstadgade tjänsterna. Närståendevård ges antingen som närståendevård enligt avtal eller som annan närståendevård. (SHM 2013b, s. 7.)

Den här avhandlingen handlar enbart om den form av närståendevård där vårdtagarna är äldre individer. Med närståendevård avser jag både närståendevård enligt avtal och annan närståendevård d.v.s. utan vårdavtal.

1.4 Magisteravhandlingens uppbyggnad

Avhandlingen består av fyra centrala delar. I kapitel 2 redogör jag för närståendevårdens utbredning och betydelse i Finland. Jag tar upp forskningsexempel och aktuella frågor inom området. I kapitlen 3-5 behandlar jag socialgerontologins utveckling med fokus på de två teorier jag valt att tillämpa i min forskning – livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Kapitel 6 är ett metodkapitel där jag redogör för tillvägagångssättet i min undersökning och analys. Jag behandlar etiska principer och faktorer som rör validitet. I det sjunde kapitlet redogör jag för resultaten i min studie. Avslutningsvis sammanfattar jag alla delar i en slutdiskussion.

2 Närståendevård

I Social- och hälsovårdsministeriets publikation om stödet för närståendevård står det så här:

Omsorg om anhöriga och närstående är en form av socialt kapital som har stor mänsklig och ekonomisk betydelse. Centrala kännetecken för närståendevården är släktskap eller ett nära förhållande mellan den vårdbehövande och närståendevårdaren, förtroende, samhörighet och frivillighet. En förutsättning för att närståendevården skall ha en stark ställning är att människor inte bara känner ett personligt ansvar utan även upplever att samhället stödjer det arbete som närståendevårdarna utför. (SHM, 2006, s. 9.)

Det finns ett behov av offentligt stöd för att säkra såväl den vårdbehövande och närståendevårdarens välbefinnande. Närståendevård innebär en vårdform där vårdaren är en anhörig till patienten. Vårdformen är frivillig och har en stor både ekonomisk och social betydelse. Närståendevårdare bör dels motiveras av personligt ansvar men också av känslan av att samhället uppskattar deras arbete. (SHM, 2006.)

Närståendevård med avtal avser ett avtal som gjorts mellan olika aktörer baserat på behovet av tjänster och aktuell lagstiftning. Annan närståendevård avser den hjälp som en närstående ger utan avtal men som antecknas i vård- och serviceplanen. Anhörighjälp innebär att en individ hjälper en anhörig eller nära person utan att ingå ett avtal eller ingå i en vård- och serviceplan. En utomstående individ kan inte vara närståendevårdare. (SHM, 2013b.)

Närståendevård med avtal omfattar tjänster såsom vårdarvode, ledighet, pensions- och olycksfallservice samt socialservice för vårdaren. Vårdarvodet varierar mellan 384,67-769,33 euro (SHM, 2014b). Ledighet erbjuds närståendevårdare som är bundna vid vården dygnet runt eller dagligen. Närståendevårdaren har då rätt till minst tre lediga dagar i månaden. För vårdtagaren innebär ett närståendevårdavtal närståendevård, de social- och hälsovårdstjänster som ingår i vårdplanen samt tjänster under närståendevårdarens ledighet. Närståendevård är oftast gratis för vårdtagaren, men i vissa fall tar kommunen ut en avgift. (SHM, u.å.)

Enligt en undersökning om närståendevård i Finland år 2012 var ungefär 70 % av vårdarna kvinnor. Andelen manliga vårdare har ökat något i jämförelse med en tidigare undersökning år 2006. Av vårdtagarna var ungefär 56 % män år 2012. Ungefär hälften av närståendevårdarna vårdade sin make/maka. Över 53 % av närståendevårdarna hade fyllt 65 år, medan drygt 25 %

hade fyllt 75 år. Av vårdtagarna hade 67 % fyllt 65 år. Både äldre vårdare och äldre vårdtagare är med andra ord i majoritet då det gäller närståendevård. En dryg tredjedel av de vårdbehövande behöver mycket hjälp dygnet runt och vårdtyngden för närståendevårdare är överlag stor. (SHM, 2014d.)

Närståendevårdare upplever i allmänhet sin situation som både belönande och betungande. Deras motiv är ofta moraliska och emotionella. Närståendevårdare strävar efter att ge sina anhöriga bästa möjliga vård, och då vården utförs hemma av en familjemedlem får både vården och familjesituationen en kontinuitet i jämförelse med om vårdaren och vårdplatsen ofta byts ut. (SHM, 2006.)

I Finland utför majoriteten av närståendevårdarna inofficiell närståendevård. Det innebär att de i varierande utsträckning vårdar en anhörig utan att ingå ett vårdavtal med kommunen. En del närståendevårdare vet inte ens om att de är närståendevårdare. Många inofficiella närståendevårdare utför omfattande vård. Man uppskattar att enbart cirka 12 % av närståendevårdarna i Finland har vårdavtal med kommunen. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi, 2011.)

2.1 Närståendevården som en del av Finland social- och hälsopolitik

Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre ändrades 1.1.2015. Lagändringen innebär att långvarig institutionsvård för äldre endast kan genomföras på medicinska kund- och patientssäkerhetsgrunder. Syftet med lagändringen är att utveckla öppna tjänster så att fler äldre än tidigare kan bo hemma så länge som möjligt. Kommunerna utreder härefter möjligheter till öppna tjänster som kan ges hemma före man överväger långvarig institutionsvård. (SHM, 2014c.)

År 2002 förband sig Finland till Europeiska sociala stadgan för skydd av äldre individer. Enligt stadgan ska alla äldre ha möjlighet att leva ett självständigt liv i en bekant miljö så länge de kan och vill. Det ska möjliggöras genom att se till att deras behov motsvaras av tillgänglighet till boende, hälsovård och olika former av service i tillräcklig utsträckning. Europeiska kommittén

för sociala rättigheter har noterat Finland för att statens lagstiftning tillåter att äldre försätts i en ojämlik position. Enligt kommittén varierar stödet för och tillgången till närståendevård beroende på kommun. Närståendevårdare försätts därmed i ojämlika positioner, och även äldre individer behandlas ojämlikt till följd av det varierande kostnadssystemet för serviceboende i olika kommuner. Som en följd av det anser kommittén att Finland bryter mot stadgan gällande de äldres rättigheter till socialt skydd. Finland ska redogöra för sina åtgärder år 2016. (SHM, 2014d.)

Delvis som en åtgärd till följd av anmärkningarna har Social- och hälsovårdsministeriet utformat ett nationellt utvecklingsprogram för närståendevården för åren 2014-2020. Utvecklingsprogrammet möjliggör att grundlagen och de internationella överenskommelserna kan förverkligas. Närståendevård överensstämmer med och främjar målen med Finlands social- och hälsopolitik överlag, vars centrala målsättningar är förebyggande och funktionsfrämjande verksamhet samt förlängt hemmaboende och minskad institutionsvård. Närståendevården ska växa till en betydande vårdform. Individer som inte har en anhörig som passar som närståendevårdare alternativt inte vill ha närståendevård ska inte behöva ingå närståendevård, utan deras behov ska tryggas på annat sätt. Närståendevårdarnas ställning ska förstärkas bland annat genom förbättrade arbetsvillkor och på då detta sätt tryggas både deras och vårdtagarnas välmående. (SHM, 2014d.)

Den finländska regeringen vill förbättra närståendevården också genom att utveckla hälsoundersökningar för närståendevårdare. Man konstaterar att det är viktigt att undersöka sömnkvaliteten och ergonomiska faktorer bland närståendevårdare. För äldre vårdare är även det egna hälsotillståndet en utmaning. Krävande närståendevård medför risker för vårdarens välmående i längden, då bindande vårdsituationer kan leda till att vårdaren inte har tid för att vila, delta i sociala sammanhang eller ägna sig åt egna intressen. Närståendevårdarens ork påverkar också vårdkvaliteten och vårdtagarens situation. Med hjälp av regelbundna hälsoundersökningar och uppföljningar hoppas man kunna stöda närståendevårdarnas ork. (SHM, 2015.)

För att trygga jämlikheten bland närståendevårdare överväger man i Finland att överföra utbetalningen av stödet för närståendevård från kommunerna till Folkpensionsanstalten. I dagens läge kan stödets storlek variera beroende på i vilken kommun närståendevårdaren bor.

Om utbetalningen av stödet flyttas till Folkpensionsanstalten skulle samma regler gälla i hela landet. (Malmberg, 16.11.2015.)

2.2 Närståendevårdens ekonomiska betydelse

Finland är en så kallad nordisk välfärdsstat, vilket bland annat innebär att vi har en stor offentlig sektor. Även om den frivilliga och privata sektorn har utökat sin verksamhet på senare tid, speciellt inom äldreomsorgen, är det fortfarande staten och kommunerna som är de största serviceproducenterna. Finlands omfattande välfärdssystem kräver hög sysselsättningsgrad för att kunna finansiera de sociala utgifterna med skatteintäkter. (Nygård, 2013.)

I Finland råder för tillfället en ekonomisk lågkonjunktur som kan liknas vid depression. Bruttonational-produkten (BNP) har inte stigit på två år och väntas inte stiga märkbart inom en snar framtid. Bruttonationalprodukten är måttet på ett lands totala ekonomi – det vill säga summan av ett lands alla utgifter och inkomster (Statistikcentralen, u.å.). Enligt Statistikcentralen låg den relativa arbetslöshetsgraden på 8,8 % i januari 2015 i jämförelse med 8,5 % än året innan (Statistikcentralen, 2015). Ekonomin ses som en stor utmaning för social- och hälsovårdspolitiken i Finland. (Finska Notisbyrån, 2014; SHM, 2011.)

Enligt undersökningar sparar samhället i medeltal 20 000 euro i året per närståendevårdtagare jämfört med om individen skulle ha fått likvärdig offentlig vård och service ordnad av kommunen (Kehusmaa, Autti-Rämö & Rissanen, 2013). Värdet på det vårdarbete som utförs med närståendevård med avtal uppskattas av Social- och hälsovårdsministeriet till cirka 1,7 miljarder euro, medan kostnaderna utgör enbart cirka 450 miljoner euro per år. Det innebär en besparing på cirka 1,3 miljarder euro per år i minskade offentliga serviceutgifter. Utvecklandet av närståendevård med avtal fram till år 2020 uppskattas kosta 468 miljoner euro per år i slutskedet av utvecklandet. Den största utgiften skulle vara de 20 000 nya närståendevårdarna. Värdet av närståendevården skulle dock öka till 2,5 miljarder, vilket innebär att besparingarna per år skulle vara drygt 1,5 miljarder år 2020. Antalet närståendevårdare uppskattas till cirka 40 000 år 2013 och man hoppas kunna öka antalet till 60 000 fram till år 2020. (SHM, 2014d.)

2.3 Tidigare forskningsexempel

Som tidigare nämnt har man inom närståendevårdsforskning tenderat att utgå från vårdarens synvinkel istället för vårdtagarens (Martire m.fl., 2003; Pruchno m.fl., 1997). Forskning om närståendevårdare visar bl.a. att närståendevård ofta upplevs som tungt och att speciellt krävande vård inverkar negativt på vårdarens livstillfredsställelse. Närståendevårdare är rädda för social isolering, vilket är något de riskerar att råka ut för ifall vården är väldigt bindande. Trots utmaningarna upplevs närståendevård också som en positiv och givande vårdform. Den möjliggör att vårdaren känner sig behövd och får visa kärlek till sin anhöriga genom att se till att hon eller han får en god vård (Borg & Hallberg, 2006; Kuuppelomäki, Sasaki, Yamada, Asakawa & Shimanouchi, 2004; Stoltz, Udén & Willman, 2004; Wester, Larsson, Olofsson & Pennbrandt, 2013.)

Eftersom min avhandling behandlar vårdtagare kommer jag i det här kapitlet att berätta mer utförligt om några forskningsexempel som gjorts ur vårdtagarens synvinkel. Samtliga exempel är kvantitativa. Det tycks vara normen för den forskning som gjorts ur vårdtagarens perspektiv. Jag tar nu upp två forskningsexempel som visar att känslan av kontroll är viktig för vårdtagare.

I en studie undersökte man negativa upplevelser hos vårdtagare med nedsatt funktionsförmåga som blev vårdade av sin partner. Syftet var att undersöka faktorer som ledde till negativa reaktioner till assistans samt vilka konsekvenser de negativa reaktionerna fick för vårdtagarens mentala hälsa på sikt. Resultaten visade att nästan 40 % av respondenterna upplevde emotionella svårigheter med att erhålla assistans i en eller fler dagliga aktiviteter. Det var vanligt att vårdaren antingen gav för mycket eller för lite hjälp. Gravyt nedsatt funktionsförmåga, lägre upplevd kontroll och lägre självkänsla var exempel på förutsäggande faktorer för negativa reaktioner till assistans. Att inte få tillräckligt med hjälp hade ett samband med negativa reaktioner, men sambandet påverkades av den allmänna upplevda kontrollen hos vårdtagaren. För mycket hjälp korrelerade inte med negativa reaktioner till assistans. Vårdtagare med lägre självkänsla reagerade mer negativt till partnerns assistans, speciellt då högre nivåer av assistans behövdes. Resultaten visade även att negativa reaktioner till assistans påverkade den mentala hälsan. Hjälprelaterade svårigheter korrelerade med depression ett år senare. (Newson & Schultz, 1998.)

I en annan studie undersökte man sambandet mellan psykologiskt välbefinnande och stöd som äldre gav åt andra individer. Forskarna utgick från att det är upplevelsen av personlig kontroll som påverkar hur givet stöd till andra inverkar på en individs välbefinnande. Undersökningen utfördes i 252 hushåll där äldre levde med flera generationer. Resultaten visade att majoriteten av de äldre upplevde att de kunde bidra med något viktigt i hushållen. Exempel på bidrag var att de gav pengar, kom ihåg födelsedagar, besökte andra, erbjöd sällskap och gav råd samt hjälpte till med barnskötsel och hushållsarbetet. Äldres fysiska hälsa påverkade deras bidrag till andra familjemedlemmar. Den fysiska hälsan påverkade också välbefinnandet hos äldre. De som klarade av att bidra mer i hushållet upplevde en ökad känsla av personlig kontroll och vice versa. Däremot fann man inget direkt samband mellan äldres bidrag och deras välbefinnande, utan det var upplevelsen av personlig kontroll som styrde sambandet mellan välbefinnande och bidrag till familjen. (Pruchno m.fl., 1997.)

Man kan dra paralleller från den ovan nämnda studien till den sociala utbytesteorin som jag behandlar i kapitel 5. Enligt den sociala utbytesteorin är det viktigt att en människa får känna att hon har något att erbjuda andra, eftersom det annars finns det en risk för upplevelser av missnöjdhet och maktlöshet (Tornstam, 2011). Härnäst tar jag upp ett forskningsexempel som visar på sambandet mellan vårdtagarens och vårdarens välbefinnande.

I en studie undersökte man 61 äldre par där den ena parten vårdades av sin partner. Syftet var att undersöka vårdtagarnas upplevelser av vårdkvalitet, testa hypotesen om sämre vårdkvalitet ledde till sämre välbefinnande hos vårdtagaren (också om man tog i beaktande andra potentiella orsaker till sämre välbefinnande såsom t.ex. nedsatt fysisk förmåga) samt testa hypotesen ifall sämre vårdkvalitet ledde till ännu mera depressiva symptom hos vårdtagaren på sikt. Gällande upplevelser av vårdkvalitet fann man inga större könsskillnader, även om de kvinnliga respondenterna var något mindre nöjda med vården. Undersökningen visade att sämre vårdkvalitet hade ett samband med depressiva symptom och sämre bemästringsförmåga hos vårdtagaren. Precis som förväntat fann forskarna att vårdtagare som fick sämre vård var mer deprimerade och hade sämre bemästringsförmåga ett år senare. Forskarna konstaterade att det är viktigt att ta i beaktande närståendevårdarens välbefinnande då man undersöker vårdtagarens välbefinnande, eftersom dessa har ett samband. Ifall vårdaren rapporterade större depressiva symptom och mindre bemästringsförmåga, upplevde vårdtagaren sämre vårdkvalitet. (Martire m.fl., 2003.)

Studien visade att närståendevårdarens välbefinnande påverkar vårdtagarens välbefinnande. Ifall vårdaren mår dåligt upplevdes vårdkvaliteten som sämre av vårdtagaren, vilket i sin tur leder till depressiva symptom hos vårdtagaren. Det är med andra ord viktigt att närståendevårdaren mår bra för att säkra en god vård för vårdtagaren. Det framgår även i följande forskningsexempel.

I en studie utförd i USA undersökte man 1340 dyader av vårdare och vårdtagare. Syftet var att undersöka sambandet mellan vårdarens och vårdtagarens välbefinnande. Undersökningen visade att det fanns ett starkt samband mellan höga nivåer av emotionell stress hos vårdaren och depressiva symptom hos vårdtagaren. Forskarna undersökte även vårdtagarens psykologiska och sociala resurser samt i vilken utsträckning dessa resurser kunde erbjuda ett skydd mot negativa effekter av vårdarens stress. Sambandet mellan vårdtagarens resurser och depressiva symptom gav varierande resultat. En god kognitiv förmåga hos vårdtagaren gav ett visst skydd mot depressiva symptom, men inte i tillräcklig utsträckning för att vårdtagarens mentala hälsa inte skulle påverkas av vårdarens emotionella stress. (Ejem, Drentea & Clay, 2015.)

Forskningsexemplen i det här kapitlet visar att vårdtagaren behöver känna kontroll för att må bra och att vårdtagarens välbefinnande på olika sätt påverkas av vårdarens välbefinnande. Det finns många olika teorier då det gäller äldres välbefinnande, och i följande kapitel om socialgerontologi behandlar jag teoriutvecklingen inom detta område.

3 Socialgerontologi

Socialgerontologi definieras enligt Nationalencyklopedin [u.å.] som ett ”område inom gerontologin som undersöker samspelet mellan individ och social miljö under åldrandet, t.ex. reaktioner på de sociala förändringar som har att göra med pensionering eller en nära anhörigs död, och betydelsen av det sociala nätverket för välbefinnande och livstillfredsställelse. Andra viktiga forskningsområden är ensamhetsupplevelser hos äldre och den formella och informella omsorg som omfattar äldre människor.”

Dannefer och Phillipson (2013) definierar socialgerontologi så brett som (min översättning) ”...tillämpningen av socialvetenskapliga discipliner (t.ex. demografi, ekonomi, socialantropologi, och sociologi) till studier och förståelse av åldrande individer och åldrande befolkningar samt interrelationen mellan alla med sociala krafter och social förändring.” (Dannefer & Phillipson, 2013, s. xxi).

Andersson (2001) konstaterar att socialgerontologi är en tvärvetenskap som berör andra vetenskaper såsom till exempel vårdvetenskap, ekonomi och historia. Socialgerontologi behandlar hur social miljö och individuella egenskaper påverkar åldrandet som förändringsprocess.

Också i boken ”Gerontologi – åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv” beskrivs begreppet socialgerontologi. Socialgerontologi inkluderar psykologiska och sociologiska studier av åldrande. Analyser inom socialgerontologi utförs vanligtvis på individ-, grupp- och samhällsnivå, varav de två förstnämnda förekommer mest. På individnivå analyseras individuella utvecklingsprocesser och tillstånd med hjälp av psykologiska och medicinska professioner, medan analyser på gruppnivå inkluderar socialpsykologer och sociologer. Sådana studier kan behandla vikten av sociala nätverk exempelvis. Samhällsnivån behandlas ofta av nationalekonomer, sociologer och historiker. De intresserar sig för analyser av hur samhällsstrukturer påverkar de äldres situation. (Samuelsson, 2004.)

3.1 Bristen på tillämpning av socialgerontologiska teorier

Inom en stor del av socialgerontologisk forskning saknas teoretisk förankring, trots att det finns tillgång till teori. Under 1950- och 1960-talet började socialgerontologiska teorier växa fram, men dessa misslyckades i sina försök att förklara åldrande på ett heltäckande sätt. Kanske kan det ses som en förklaring till varför teori inte används tillräckligt inom socialgerontologi idag. (Bengtson m.fl., 2006.)

Istället finns det väldigt mycket data inom ämnet, men dessa data återknyts inte tillräckligt till teori. Inom socialgerontologisk forskning förklaras inte i tillräcklig utsträckning varför och hur specifika variabler inkluderas eller kopplas till varandra då ett visst fenomen ska förklaras. Som en följd av det går det inte att utvinna en generell förklaring till ett visst fenomen på basen av

forskning. Teori behövs inte bara för framgångsrik forskning utan även för att kunna utveckla verksamheten inom äldreomsorg, eftersom åtgärdsprogram behöver bygga på välbeprövade grunder och förklaringar istället för antaganden. (Bengtson m.fl., 2006.)

Även en annan grupp forskare konstaterar i en amerikansk artikel från 2010 att det används mycket data men lite teori inom socialgerontologi. Forskarna konstaterar att teori underlättar forskning om åldrande på tre olika sätt: det fungerar som en guide i ställandet av forskningsfrågor och hypoteser, det underlättar förklaringen av forskningsresultat samt ger information om vilka ingripanden som behöver göras för att lösa ålderdomsrelaterade problem. (Alley m.fl., 2010.)

Artikeln handlar om den systematiska undersökning forskarna utfört där de undersökt användandet av teori i publicerade artiklar i åtta ledande tidsskrifter med anknytning till socialgerontologi. I forskningen jämfördes användandet mellan åren 2000-2004 i jämförelse med åren 1990-1994, och de undersökte även vilka teorier som tillämpas mest. Resultaten visade att användandet av teori var relativt begränsat. I mindre än en tredjedel av de publicerade artiklarna gavs någon teoretisk förklaring till de empiriska resultaten. Forskarna kunde ändå dra slutsatsen att användandet av teori ökar inom socialgerontologi. Användandet av behavioristiska och socialvetenskapliga teorier i publicerade artiklar ökade från 9 % mellan åren 1990-1994 till 24 % i artiklarna mellan 2000-2004. (Alley m.fl., 2010.)

De mest använda teorierna mellan åren 2000-2004 reflekterade tvärvetenskapliga perspektiv inom socialgerontologi. Forskare plockar teorier från sociologi, psykologi, socialpsykologi och ekonomi. Det påvisar att de moderna, socialgerontologiska teorierna inte bara bättre reflekterar den komplexa naturen av åldrandets process, utan det vittnar även om att socialgerontologi som fält har växt. (Alley m.fl., 2010.)

3.2 Socialgerontologins utveckling

Socialgerontologi är en relativt ung vetenskap, men ändå har många satsningar gjorts på teoriutveckling inom området. Ur den första ”generationen” (1949-1969) av

socialgerontologisk teoriutveckling uppkom till exempel disengagemangsteorin och aktivitetsteorin. Av dessa två var disengagemangsteorin, även kallad tillbakadragningsteorin, den mest utvecklade. Den presenterades år 1961 av Elisabeth Cumming och Walter Henry. (Bengtson m.fl., 2006; Samuelsson, 2004.)

Teorin har tre huvudantaganden – alla samhällen stöter ut de äldre, de äldre drar sig självmant tillbaka och denna tillbakadragningsprocess ger en hög tillfredsställelse för både individen och samhället. Enligt teorin är det naturligt för äldre att dra sig tillbaka från sociala aktiviteter och roller. De äldre blir mindre känslomässigt engagerade i andra människor och samhället, och bör istället intressera sig mer för sitt eget inre liv. Teorin fick mycket kritik när den kom ut eftersom den inte var tillräckligt underbyggd av data. Teorin fick inte heller mycket empiriskt understöd. Speciellt förespråkare för aktivitetsteorin motsatte sig teorin eftersom de ansåg att en äldre individ bör fortsätta vara aktiv och söka nya roller för att behålla en god självkänsla. (Bengtson m.fl., 2006; Hagberg, 2004a; Samuelsson, 2004.)

Aktivitetsteorin utvecklades på 1960-talet. Enligt den kommer de äldre individer som fortsätter sysselsätta sig och vara i kontakt med andra människor att vara mer tillfredsställda med sitt åldrande. Genom att skapa nya kontakter då gamla förloras och hitta nya sysselsättningar efter pensioneringen tryggas ett innehållsrikt liv som äldre. Enligt aktivitetsteorin behåller den äldre en positiv självbild då hon aktivt söker nya roller vartefter gamla roller faller bort. Empiriska undersökningar har dock visat varierat stöd för aktivitetsteorin. Enligt en del studier ger deltagande i fysiska och sociala aktiviteter positiva effekter för äldres välbefinnande, medan andra studier visar att det är viktigare med nära relationer än aktiviteter. (Hagberg, 2004a; Samuelsson, 2004.)

De två ovan nämnda teorierna grundade sig på rollteorin. Enligt rollteorin spelar en individ olika roller under sitt liv t.ex. dotter, hustru och mor. En social roll är viktig för individens syn på sig själv och sin identitet. Den roll man spelar skapar även förväntningar från andra på hur man ska bete sig. Enligt rollteorin beror en individs anpassning till åldrande på hur väl individen accepterar de rollförändringar som till exempel pensionsåldern medför. (Samuelsson, 2004.)

Den första generationens socialgerontologiska teorier misslyckades i sina försök att skapa ”grand theories”, det vill säga skapa teorier som på ett heltäckande sätt skulle förklara åldrandet. Efteråt följde en ny era inom socialgerontologi mellan årtalen 1970-1985. Några av

de teorier som växte fram här byggde vidare från de föregående socialgerontologiska teorierna, medan andra inspirerades av sedan länge väletablerade sociologiska teorier. Eftersom försöken att skapa en ”grand theory” misslyckats, riktades fokus istället nu på att förklara specifika aspekter såsom till exempel livslopp och rollkontinuitet. Detta arbete fortsätter än idag vartefter nya aspekter växer fram. (Bengtson m.fl., 2006.)

Sedan slutet av 1980-talet har en tredje generation uppstått inom socialgerontologisk forskning. Forskningen är numera multidisciplinär och grundar sig på vetenskaper som psykologi, historia, ekonomi och sociologi. Det som präglar dagens socialgerontologiska forskning är försöken till att binda samman mikro- och makrosociala analysnivåer och koppla individens liv till generella faktorer i samhället. Majoriteten av de nyare teorierna analyserar dock på antingen mikro- eller makrosocial nivå. (Bengtson m.fl., 2006.)

Sedan 1990-talet har livsloppsperspektiv, utvecklingsteori, rollteori, utbytesteori och ekologiska teorier om åldrande varit de mest populära teorierna inom socialgerontologi. Modeller används flitigt som ett substitut för teori och används för att generera hypoteser och tolka resultat. De mest använda modellerna i publicerade artiklar mellan åren 2000-2004 var modeller för stress och coping och stressprocessmodeller samt modeller för framgångsrikt åldrande. (Alley m.fl., 2010.)

I det här kapitlet har jag bland annat redogjort för rollteori, och jag tar nu upp social-ekologiska teorier och modeller under skilda underrubriker. Livsloppsperspektivet och utbytesteori behandlas i de två efterföljande kapitlen. Utvecklingsteorier tas upp i kapitlet om livsloppsperspektivet.

3.3 Socialekologiska teorier

I socialekologiska teorier fokuserar man på samspelet mellan individen och miljön. Lawton och Nahemow (1973, refererad i Tornstam, 2011) anser att omgivningens krav måste vara i proportion till en individs förutsättningar. Om kraven är för höga blir resultatet för individen ångest och stress, medan om kraven är för små blir resultatet apati. Docilitetshypotesen kallas den hypotes som syftar på att ju mer begränsad individens förmåga är i relation till miljön, desto

större inverkan får skilda miljöförhållanden. Förmågor syftar här på hälsa, jag-styrka, rörelseförmåga etc. Det tryck som individen konstant utsätts för av sin omgivning skapar en viss adaptionsförmåga. Nivån på adaptionsförmågan är en balanspunkt som påverkas av omgivningens tryck och individens förmåga att leva upp till förväntningarna.

Enligt ovanstående modell består den sociala miljön av fyra delaspekter: den personliga närmiljön i form av anhöriga, den sociostrukturella närmiljön som utgörs av socialklass, ålder, ekonomi o.s.v., miljöns egenskaper i form av normer och värdemönster samt den fysiska miljön. När en individ egentligen inte lägger märke till kraven från den sociala miljön befinner sig individen på balanspunkten mellan krav och förmåga. Samtidigt finns det teorier om att en fullständig överensstämmelse mellan miljö och individ kan vara negativ, eftersom det då betyder att individen blivit berövad på alla vardagens utmaningar. Det finns också olika teorier om när negativa effekter uppstår ifall kraven är för höga. En del menar att negativa resultat uppstår så fort miljöns krav och individens förmåga inte är i balans, medan en del hävdar att de negativa effekterna uppstår först då en viss toleransnivå överskridits. (Tornstam, 2011.)

Kahana (refererad i Tornstam, 2011) utarbetade på 70-talet en modell där hon beskrev de dimensioner som måste överensstämma mellan individens egna önskningar och miljöns egenskaper. Modellen utarbetades för institutionsmiljöer. Tornstam konstaterar att modellen säkerligen kan användas för fler ändamål. Kahana har även undersökt överensstämmelsen mellan individ och miljö samt livstillfredsställelse och välbefinnande. Studierna som utfördes i institutionsmiljö påvisade att överensstämmelse mellan individ och miljö ger ökat välbefinnande.

3.4 Modeller

Som tidigare nämnt i texten används olika modeller ofta som ett substitut till teori inom socialgerontologisk forskning (Alley, 2010). Det goda åldrandet (eng. successful ageing) kan identifieras av sex olika faktorer: social kompetens, hälsa, personlig kontroll, livstillfredsställelse, lång överlevnad och god kognitiv förmåga. Geropsykologer framhåller coping, salutogenes och meningsfullhet som tre viktiga punkter för förståelsen av det goda åldrandet. Coping syftar på en individs hanteringsförmåga och handlar i socialgerontologiska

sammanhang om hur pass väl en individ handskas med de förändringar som åldrande innebär. Här kommer ofta termer som livstillfredsställelse och livskvalitet in. (Hagberg, 2004b.)

Som kriterier på det goda åldrandet har man ofta använt sig av begreppen subjektivt välbefinnande och livstillfredsställelse. Välbefinnande kan definieras som en individs subjektivt upplevda livstillfredsställelse, d.v.s. i den grad individens psykologiska och sociala behov upplevs vara mötta. Livstillfredsställelse påverkas av individens förväntningar av livet. Det förflutna spelar också in, eftersom en individs upplevda livstillfredsställelse ofta beror på individens syn på hur livet utformat sig fram tills nu. Kombinationen av välbefinnande och livstillfredsställelse kan kallas det mer allmänna begreppet livskvalitet. (Hagberg, 2004b.)

4 Livsloppsperspektivet

Livsloppsperspektivet har sitt ursprung i bland annat utvecklingsteorier (Hagberg, 2004a), och jag inleder därför kapitlet med att kort redogöra för utvecklingsteorier innan jag övergår till livsloppsperspektivet.

4.1 Utvecklingsteori

Havighurst publicerade år 1964 den första utvecklingsteorin. Det är en livsloppsteori där varje livsperiod har en utvecklingsproblematik. En lyckad lösning bidrar till goda förutsättningar att ta itu med följande utvecklingsstadium. Den utvecklingsproblematik som ska lösas från och med 60 år och framåt är fyrfaldig. En individ ska då handskas med den fysiska förändringen som åldrandet medför, orientera sig mot nya mål som pensionering (t.ex. att bli mor-/farförälder eller änka/änkling), acceptera sitt liv och utveckla ett förhållningssätt till sin död och livsavslutning. Livskvalitet bland äldre har visat sig vara starkt relaterad till hur väl man lyckats i denna problematik. (Bengtson m.fl. 2006; Hagberg, 2004a; Öberg, 2001.)

E. H. Eriksons (1902-1994) psykosociala teori påminner om Havighursts teori, men den betonar starkare personlighetsutveckling. Till åldrandeperioden hör enligt Erikson en utvecklingskris som gäller integritet eller förtvivlan. Förtvivlan handlar också om en känsla av stagnation. De äldre riskerar att inte kunna uppleva integritet och en känsla av sammanhang som en följd av att minnesfunktionen, muskelsystemet och så vidare försvagas. En individ kan antingen känna

meningsfullhet och acceptera den förestående avslutningen eller känna förtvivlan, meningslöshet och dödsfruktan. De äldres konfliktlösning påverkas av det sociala nätverket i form av stöd och gemenskap under ålderdomen. (Erikson, 1985; Hagberg, 2004a.)

4.2 Livsloppsperspektivets principer

Livsloppsperspektivet utgår från dels att hela livsloppet ska tas i beaktande vid studier av åldrande, och dels att livsloppet ska studeras som en social institution som påverkas av samhällets förändring. Livsloppsperspektivet inkluderar bl.a. tid, samhälle och historia och erbjuder ett tvärvetenskapligt perspektiv på forskning om åldrande då teorin inkluderar element från sociologi, psykologi, antropologi och historia. Istället för att fokusera på ett livsskede eller en faktor förklarar livsloppsperspektivet den dynamiska interaktionen mellan sociala, historia och individuella faktorer över en längre tid. Teorin kan tillämpas både på mikro- och makronivå och har inneburit stora framsteg för socialgerontologin. (Bengtson m.fl., 2006; Tornstam, 2011; Öberg, 2001.)

Enligt livsloppsperspektivet knyts individers levnadslopp ihop till olika sociala sammanhang och tidsaspekter med hjälp av fem mekanismer. Dessa är livsfas, ömsesidiga beroendeförhållanden, att kontrollera livsloppet, situationsberoende krav samt accentuering. Livsfas syftar på ålder eller åldersrelaterade roller, medan ömsesidiga beroendeförhållanden avser kopplingar och ömsesidigt inflytande i sociala nätverk, speciellt familjer. Att kontrollera livsloppet syftar på anpassning till de förändringar som medföljer under livsloppet, och situationsberoende krav är krav som uppkommer till följd av olika omständigheter och som påverkar anpassningsförmågan till förändringar. Accentuering innebär den dynamiska interaktionen mellan en individs bakgrund och kapacitet under omständigheter då en individs centrala egenskaper framträder. (Bengtson m.fl., 2006.)

Ur ett samhällsvetenskapligt livsloppsperspektiv sätts fokus på individer som grupp i relation till maktförhållanden, sociala strukturer och social förändring. Utgående från det synsättet kan forskningen styras från åldrandet som anpassning till förändringar på mikronivå, och istället riktas till ålder som en organiserande princip i på samhällelig nivå som styr individers chanser och beteendeförväntningar under livets gång. Ett exempel på sådan forskning är feministiskt

livsloppsperspektiv där genus ses som en konstruktion och fokus ligger på kvinnors livschanser som påverkas av sociala, ekonomiska och politiska faktorer. (Öberg, 2001.)

Livsloppsperspektiv på samhällsnivå kan studera *kohorter*, det vill säga en grupp individer födda samma år, men forskningen bör inte endast utgå från en kohort som den enda determinanten för hur livet formar sig för individer födda samma år. Istället utgår man från interaktionen mellan individer och samhällshistoriska skeden, och istället för att se äldre som en homogen grupp ser man äldre som kohorter där varje kohort har egna livserfarenheter som en följd av sina tidigare levnadsförhållanden. En generation utgör alltså inte enbart en ålderskohort, utan en historisk enhet som upplevt liknande historiska skeden under samma livsperiod. Därför har livsloppsteorier bidragit till att motarbeta och förändra negativa stereotyper som förknippas med ålderdom. (Öberg, 2001.)

4.3 Förändringar i samhället

Enligt livsloppsperspektivets synsätt på att äldres livslopp påverkas av förändringar i samhället diskuterar Öberg (2001) förändringar som sker i modern tid. För det första sker demografiska förändringar där medellivslängden ökat under de senaste decennierna. I västvärlden närmar sig den förväntade livslängden en maximal livslängd. I väst lever man ett långt liv med bibehållen hälsa väldigt länge. Andelen svenskar som är över 65 år har mer än fördubblats under 1900-talet. (Öberg, 2001.) Samma åldersgrupp har ökat i Finland från 5,3 % år 1900 till 15,0 % år 2000. År 2010 utgjorde 65 år fyllda finländare 17,5 % av befolkningen, medan prognosen för år 2020 och år 2060 lyder 22,6 % respektive 28,2 % (Statistikcentralen, 2012.)

Med dessa förändringar medföljer andra nya situationer. Allt fler barns mor- och farföräldrar är i livet, föräldrar och deras barn lever längre tillsammans samtidigt som en förälder och dess barn spenderar jämförelsevis en kort tid i sina roller som barn och förälder i förhållande till den allt längre period de lever statusmässigt på samma nivå. Vi lever allt längre som pensionärer trots att pensionsåldern inte ökat nämnvärt utan tvärtom minskat på 1900-talet. År 1913 var pensionsåldern i Sverige 67 år, medan medellivslängden för män var 78 år och för kvinnor 79. Med andra ord återstod i snitt 11 respektive 12 år kvar efter att man gått i pension. Idag är den formella pensionsåldern i Sverige 65 år, medan den faktiska pensionsåldern snittar på 61 år för män och 60 år för kvinnor. Det innebär att männens återstående medellivslängd är 19 år och

kvinnornas 24. Åren som pensionär har då ökat med 100 % för kvinnor och 73 % för män, trots att vi idag lever allt längre och friskare. (Öberg, 2001.)

Likt utvecklingen i Sverige har folkpensionsåldern i Finland inte varierat mycket under 1900-talet, trots att medellivslängden ökat. År 1957 var folkpensionsåldern 65 år i Finland. Den förväntade medellivslängden var år 1961 64,9 år för män och 71,6 år för kvinnor. År 2010 löd siffrorna 71,6 år respektive 83,2 år. (Hannikainen & Vauhkonen, 2012; Norden, u. å.)

Förutom att fler generationer är i livet samtidigt nuförtiden, har det även skett andra förändringar i familjestrukturerna såsom minskat barnafödande och ett större antal separationer. Det leder till att familjestrukturerna kan liknas vid en flaggstång som är hög med många generationer och få barn. Samtidigt kommer dagens nyfamiljer in med separationer och omgiften, vilket gör att många barn idag har flera föräldrar och mor-/farföräldrar. Man kan spekulera i hur en ökad livslängd påverkar relationen mellan ett gift par. Den gemensamma långa överlevnaden förlänger tiden tillsammans då den ena, eller båda parterna drabbas av nedsatt funktionsförmåga. Normen att mannen ska vara äldre än kvinnan finns fortfarande kvar, samtidigt som kvinnor generellt sett lever längre än män. (Bengtson m.fl., 2006.)

4.4 Kritik mot livsloppsperspektivet

Livsloppsperspektivet lanserades under 1970-talet och sedan dess har dess användbarhet både betonats och kritiserats. Definitionen på livsloppsperspektiv varierar beroende på författare. Tornstam (2011) tar upp sin definition på livsloppsperspektivet med hjälp av fyra punkter:

- 1) Förståelsen av förhållanden i ålderdomen ökar om man även tar livets tidigare förhållanden i beaktande, t.ex. barndomsupplevelser. Det innebär att man knyter ihop teorier om hur man utvecklats i barndomen till förhållanden i ålderdomen.
- 2) Förståelsen av förhållanden i ålderdomen ökar om man beaktar viktiga händelser i livet, exempelvis pensionering eller då barnen flyttar hemifrån. Här sätts ibland fokus på huruvida händelserna inträffat vid "rätt tidpunkt" eller på transitioner mellan olika livsskeden.

- 3) Förståelsen av förhållanden i ålderdomen ökar om man ser livet som en utvecklingsprocess där ålderdomen utgör det sista stadiet.
- 4) Förståelsen av förhållanden i ålderdomen ökar om man ser en individs liv som en helhet och studerar de olika sätt på vilka ålderdomen består av integrerade delar av de livsformer en individ haft.

Dannefer och Kelley-Moore (2009) har framfört kritik eftersom livsloppsperspektivet ignorerar den biologiska delen av åldrande, sociala strukturer samt den stora betydelse interaktion mellan individer innebär för hur en individs liv tar sig form. Annan kritik mot livsloppsperspektivet har förts fram av Passuth och Bengtson (1988, refererad i Tornstam, 2011) som anser att perspektivet används i så många olika gerontologiska sammanhang och betydelser att det saknar egen teoretisk styrka.

Tornstam (2011) diskuterar denna kritik med hjälp av de fyra ovan nämnda punkterna. Han anser att innebörden av livsloppsperspektivet kan ses som redan befintlig utvecklingspsykologi med den enda skillnaden att utvecklingsprocessens konsekvenser ska dras längre. Den andra punkten som behandlar förändringar och förluster anser han att också redan har beskrivits inom rollteorin exempelvis. Däremot anser han att man finner egen teoretisk bärkraft i den tredje punkten där personlighetsutveckling behandlas. Även den fjärde punkten tillför egen teori då man gör ansatser att synliggöra samband mellan yttre strukturella förhållanden, biologiskt åldrande, subjektiva innebörder och mellanmänsklig interaktion. De två sistnämnda punkterna kan ses som argument mot både Dannefer och Kelley-Moores samt Passuth och Bengtsons kritik mot livsloppsperspektivet.

Jag har i det här kapitlet redogjort för den första av de två teorier jag kommer att tillämpa i min studie. I följande kapitel behandlar jag den sociala utbytesteorin som jag även kommer att tillämpa i min empiriska analys.

5 Den sociala utbytesteorin

Utbytesteorin härstammar från ekonomiska arbeten från 1930-talet där utgångspunkten var att människan är rationell och väger priset för sina handlingar mot de potentiella fördelar som

handlingarna kan leda till. Teorin kom i kontakt med socialgerontologi som en förklaring till minskad interaktion mellan äldre och unga generationer. Förklaringen skulle då vara att äldre har mindre att erbjuda de unga i en social utbytesrelation. Sedan 1980-talet har utbytesteorin i socialgerontologiska sammanhang använts för att studera interaktion mellan generationer samt förmedling av ekonomiskt, socialt och instrumentellt stöd. (Bengtson m.fl., 2006.)

5.1 Reciprocitet

Begreppet *reciprocitet* innebär en ömsesidighet i sociala relationer, det vill säga det att man inom ett socialt samspel tar på sig skyldigheter och rättigheter i förhållande till varandra. Det man ger åt någon förväntar man sig tillbaka i samma proportion. Roberto (1989, refererad i Tornstam, 2011) har i en gerontologisk forskning visat att vänskapsrelationer som karakteriseras av en balanserad reciprocitet tenderar att vara mer positiva och tillfredsställande. Lowenstein, Katz och Gur-Yaish (2007) visar i en internationell studie samma fenomen i äldres relationer till sina barn. Om en individ befinner sig i ett balanserat utbyte av stöd och hjälp i relationen till sina barn är livstillfredsställelsen större. En engelsk studie av McMunn, Nazroo, Wahrendorf, Breeze och Zaninotto (2009) visar samma fenomen gällande äldres deltagande i frivilligverksamhet. Rook (1987, 1989, refererad i Tornstam, 2011) menar att obalanserade, asymmetriska relationer har ett samband med mindre tillfredsställelse och känslor av ensamhet hos den som är mottagare av nyttigheter. Det är en situation som äldre lätt kan hamna i.

Dowd (1975, 1980, refererad i Tornstam, 2011) hävdar att äldre har svårt att uppnå eller behålla rekiproka relationer i vår kultur, eftersom människor med åldern förlorar vissa resurser som behövs för att kunna upprätthålla balanserade relationer. Äldre finner sig ofta i situationer där de främst är mottagare av nyttigheter som en följd av att de blir utan kunskaper och färdigheter som värderas av dagens samhälle. I värsta fall blir medgörlighet den enda nyttighet de äldre själva kan erbjuda. Om inte medgörlighet som bytesvara kan motsvara kostnaderna och vinsterna i en relation och det leder till en obalans, kan det leda till att individen hellre drar sig undan relationen. (Dowd, 1975, 1980, refererad i Tornstam, 2011; Tornstam, 2011.) Sådana situationer behandlas mer utförligt senare i kapitlet.

Enligt Tornstam (2011) utgår Dowd (1975, 1980, refererad i Tornstam, 2011) från ett outtalat eländesperspektiv som ofta tillämpats inom utbytesteorin i socialgerontologiska sammanhang.

Utbytesteorin har ibland använts för att belysa en del aspekter av hur äldre är fördelade i samhället. Reciprocitetsnormen har därför haft betydelse både i socialpolitiska och socialpsykologiska sammanhang då frågor om de äldres sociala ställning i samhället och solidaritet mellan generationer behandlats.

Pinker (1979, refererad i Tornstam, 2011) anser att reciprocitetsnormen är central i socialpolitiska sammanhang, eftersom det i dagens välfärdssamhälle finns en risk för att enskilda individer eller grupper hamnar i ett beroendeförhållande till givare. Enligt Pinker (1979, refererad i Tornstam, 2011) finns det i våra medvetanden en klar gräns mellan mottagare och givare av social service och med det medföljer en viss status. Det går inte att utgå från att de altruistiska värden som kännetecknar beslutsfattarna i fråga om sociala reformer också finns hos dem som verkställer eller betalar för reformerna. Det borde finnas en viss nivå av reciprocitet mellan givare och tagare hela tiden och det uppstår endast då båda parter har rättigheter och skyldigheter i förhållande till varandra. I följande underrubrik drar jag en parallell till ålderism, eftersom det återknyter till Pinkers tankar om att det medföljer en given status att enbart vara mottagare.

5.2 Ålderism

I Social- och hälsovårdsministeriets publikationer omnämns en attitydförändring till äldre som en av de största utmaningarna. Det finns en risk för att äldre enbart ses som en grupp som behöver service. Dessutom bör äldre inte ses som en enhetlig grupp, eftersom variationen är stor. (SHM, 2014a.)

Ålderism innebär diskriminering eller skapande av stereotyper som utgår från en människas ålder. Ålderism anses i allmänhet vara negativt och begreppet förknippas ofta med äldre. Det är ett socialt fenomen vars omfattning kan debatteras. Man kan säga att ålderism handlar om att man tillskriver en viss grupp människor vissa egenskaper enbart på basen av deras ålder. Det finns en skillnad på ålderism och åldersdiskriminering där den sistnämnda syftar på handlingar, medan ålderism har en mer ideologisk karaktär. (Andersson, 2004; Snellman, 2009.)

Ålderism kan återfinnas redan i språket. Enligt en undersökning utförd i Norge har Daatland (1995, refererad i Andersson, 2001) funnit 33 synonymer till ordet "gammal" varav endast 2-3 var neutrala. Resten var negativismer. Exempel på sådana negativismer är ålderstigen, skröplig o.s.v. Ålderism kommer också till uttryck i form av social exkludering. För äldre kan det handla om att man inte tillåter sig själv delta eller inte tillåts delta i olika sammanhang som en följd av ålderism. På arbetsmarknaden kan individer tvingas att lämna sitt arbete vid en viss ålder och det kan vara svårt att bli erbjuden ett nytt arbete p.g.a. sin ålder. (Andersson, 2001; Snellman, 2009.)

Ett mer lokalt exempel på ålderism framträder i GERDA-enkäten som skickas ut till tusentals äldre i Österbotten och Västerbotten. År 2010 deltog 6383 individer i undersökningen som visade att 2,9 % ansåg att de blivit diskriminerade för att de är gamla, medan 20 % ansåg att de blivit behandlade som gamla under det senaste året. Exempel på situationer där respondenterna upplevt sig bli diskriminerade eller behandlade som gamla var inom sjukvården, arbetslivet, familjerelationer, inom data- eller teknikrelaterade frågor och slutligen på ett allomfattande sätt. Ett exempel från sjukvården var situationer då personal fått en äldre att känna sig för gammal för att satsas på. (Snellman, 2012.)

5.3 Seriell reciprocitet

En ofta förekommande invändning är att äldre redan fullgjort sina skyldigheter genom tidigare arbete som byggt upp det materiella välståndet. Därför är det nu de ungas skyldighet att trygga de äldres ålderdom i gengäld. På så sätt står de unga i ett skuldförhållande till de äldre. Skuldförhållandet utgör då en *seriell reciprocitet* vilket innebär att man inför en tidsdimension i reciprociteten. (Tornstam, 2011.)

Seriell reciprocitet innebär att en gåva kan ges vid ett skede och utbytet kan komma senare utan att man skadar den man står i skuld till. För att behålla ett balanserat socialt system har den seriella reciprociteten en central funktion. Sådana skuldförhållanden kan ses mellan generationer då barn känner att de vill ge tillbaka den omsorg de fått som barn till sina föräldrar. Det går också att förändra sociala system då sådana skuldförhållanden upplöses. Det ser man i moderna industrisamhällen som snabbt förändras. Generellt sett kan man säga att ju snabbare

samhället förändras, desto kortvarigare är skuldförhållandena. I oföränderliga samhällen kan skuldförhållanden ha en livslång varaktighet mellan individer eller grupper av individer. I ett oföränderligt samhälle kan till exempel en individ känna skyldighet att hjälpa en äldre individ i en annan familj om den familjen någon gång hjälpt någon av individens släktingar. (Tornstam, 2011.)

5.4 Obalanserad utbytesrelation

Dowd (1975, 1986, refererad i Tornstam, 2011) beskriver vad som händer då en obalanserad utbytesrelation uppstår. Individen med mindre makt kommer att vilja återskapa balans i förhållandet och det finns fyra olika sätt att göra det på. Liksom tidigare nämnt i detta kapitel, kan den äldre välja *undandragande*. Den äldre gör då ett försök att återskapa balansen och undslippa beroendet genom att dra sig undan. Ett annat sätt att återskapa balansen är att *utvidga sitt resursområde*, vilket innebär att individen försöker skapa nya resurser eller nya, mer givande utbytesrelationer.

Statusförändringar är en tredje balanseringsmekanism, vilket innebär att den svagare parten tillskrivs en ökad status exempelvis genom att yngre uppfattar äldres livserfarenhet som värdefull. Det tillför den äldre mer status och prestige. *Koalitionsbildning* är en fjärde balanseringsmekanism som går ut på att unga och gamla bildar en koalition för att bättre hävda sig mot den förvärvsaktiva gruppen som befinner sig i medelåldern. Det finns dock en del som talar emot sannolikheten för en sådan koalitionsbildning då väldigt unga och gamla sällan delar samma intressen. Om ingen av dessa mekanismer går att använda uppstår ett *maktförhållande* då den starkare i utbytesförhållandet bestämmer över den svagare. Det är tyvärr realiteten för många äldre. (Dowd, 1975, 1986, refererad i Tornstam, 2011; Tornstam, 2011.)

5.5 Maktanalytiskt perspektiv kopplat till äldres livsvillkor

Enligt Blau (1964, refererad i Tornstam, 2011) går det att utöva makt genom att göra motparten beroende av det man har att erbjuda. Om man hela tiden får mer än vad man har att erbjuda i ett utbytesförhållande uppstår ett beroendeförhållande. Tillämpar man detta synsätt uppstår ett maktförhållande då samhället tillhandahåller den vård och service som äldre behöver och inte

klaras sig utan. Blau (1964, refererad i Tornstam, 2011) har gjort ett schema för att förklara förhållandet mellan utbyte och makt som jag återskapat nedan:

Tabell 1. Alternativ till beroende och undergivenhet

Alternativ till undergivenhet	Förutsättningar för oberoende	Förutsättningar för makt
1. Egna tillgångar	Strategiska resurser	Oberoende av andras bytesvaror
2. Vända sig till en annan bytespart	Tillgängliga alternativ	Monopolisering
3. Tilltvinga sig nyttigheter	Tvångsmakt	Lag och ordning
4. Klara sig utan erbjuda nyttigheter	Minskade behov	Materialistiska värden Politiska värden

Källa: min återskapning av Blau (1964) genom Tornstam (2011, s. 207.)

Enligt tabellen kan man analysera möjligheterna för en individ som behöver service eller vård av någon annan. Det första alternativet till undergivenhet är att individen själv har de resurser som krävs för att kunna erbjuda en motprestation av motsvarande värde. Då kan motparten gå in i en utbytesrelation som är i balans eftersom att den är lönsam för båda. Enligt Blau (1964, refererad i Tornstam, 2011) är förfogandet över strategiska resurser det mest gynnsamma då det gäller att skydda sig mot beroende. Ett exempel på strategiska resurser är materiella tillgångar, men det ger ändå inte ett heltäckande skydd mot beroende. Exempelvis kärlek går inte att köpas för pengar, utan det handlar om andra resurser.

Tornstam (2011) konstaterar att äldres tillgång till strategiska resurser inte är i balans med deras behov av service. De kan inte byta sig till den vård och service de behöver genom att erbjuda nyttigheter som samhället eftertraktar. Fördelningen av ekonomiska resurser i samhället mellan arbetsföra och pensionärer beror inte på att pensionärer erbjuder sådant som andra behöver. Istället är grunden till pensionärernas vård skuldförhållanden och altruism. Det kallas ibland för "samhällskontraktet". För att äldre skulle vara mindre beroende av statliga eller kommunala omsorgsproducenter, skulle det krävas att kommunen i sin tur behövde de äldres tjänster till exempel för hemservice. Då skulle de äldre uppnå mer balans i utbytesrelationen, eftersom

deras medverkan skulle behövas för att kommunen i gengäld skulle kunna förbättra äldreomsorgen. (Blau, 1964, refererad i Tornstam; Tornstam, 2011.)

För att vara oberoende och dessutom skapa en maktposition krävs det enligt utbyteteorin att man är oberoende av vad motparten har att erbjuda. Istället gör man motparten beroende av det man själv har att erbjuda. Ett annat sätt att undvika beroende är att vända sig till en annan utbytespart. På så sätt blir individen oberoende av den tidigare motparten. Ur ett maktanalytiskt perspektiv fungerar den privata äldreomsorgen som ett sätt att motverka maktobalansen. Ett sätt att minska motpartens makt är att tacka nej till dess tjänster, men i dagens läge är det svårt för äldre att tacka nej till pensionsförmåner, bostadstillägg och liknande. Några andra alternativ till dessa tjänster finns dock inte och denna brist på alternativ leder till att motparten har *monopol* på den service som äldre behöver. När en part har monopol på den utbytesvara som den andra parten behöver, ökar riskerna snabbt för ett maktförhållande. (Blau, 1964, refererad i Tornstam, 2011; Tornstam, 2011.)

Ett annat sätt att undvika undergivenhet är att ta det man behöver med tvång. Tvångsmakt innebär i detta sammanhang *politisk makt*, och det skulle betyda att man har så mycket politisk makt att man kan driva igenom sådana beslut som medföljer att man får de nyttigheter man behöver och på så sätt undviker beroende. De äldre som grupp saknar dock i regel sådan politisk makt. Det fjärde alternativet till undergivenhet är att klara sig utan de nyttigheter som motparten i utbytesförhållandet innehar. Det betyder att de äldre skulle behöva klara sig helt utan pensionsförmåner och så vidare, vilket inte är särskilt praktiskt genomförbart. Teoretiskt sett borde man bli mindre beroende ju färre behov man har, men faktum är att våra behov tenderar att öka hela tiden. Idag ses exempelvis en tv nästan som ett grundläggande behov. Blau (1964, refererad i Tornstam, 2011) noterar även att revolutionära ideologier ofta inkluderat en strävan till att minska på materiella behov, för att minska beroendet i förhållande till en utbytespart som utövar makt med hjälp av materiella nyttigheter. (Blau, 1964, refererad i Tornstam, 2011; Tornstam, 2011.)

Enligt Blau (1964, refererad i Tornstam, 2011) kretsar *konflikter* mellan individer och grupper ofta kring tabellens fyra alternativ till undergivenhet. Det första alternativet är en resurskonflikt där den ena partens underlägsenhet skulle kunna upphöra om parten fick mer resurser. Motparten strävar här efter att behålla så många resurser som möjligt. I samhällets fördelning mellan arbetsföra och pensionärer kan man urskilja en resurskonflikt. Den andra typen av

konflikt har att göra med möjligheterna till alternativa utbytesparter där den utbytespart som har ett maktövertag vill monopolisera sina nyttigheter, medan den som är i underläge vill ha flera utbytesparter som konkurrerar om att erbjuda nyttigheterna. Ur utbytesteoretiskt perspektiv kan man konstatera att statens monopolisering av äldreomsorgen skapar ökad trygghet men också ökat beroende i förhållande till utbytesparten som har monopol. (Blau, 1964, refererad i Tornstam, 2011; Tornstam, 2011.)

Den tredje typen av konflikt som kretsar kring tvångsmakt är en politisk konflikt. En sådan konfliktsituation uppstår då parterna i ett utbytesförhållande strävar efter att få ett politiskt maktövertag så att de kan stifta lagar eller förordningar som gynnar den egna gruppen. De äldre kommer knappast att nå sådan politisk makt, vilket innebär att de borde undvika sådan politisering av åldersskalan. Den fjärde konflikttypen är en värdekonflikt där ett visst värdemönster tenderar att öka individens behov av resurser såsom pengar, vård och omsorg. Mot ett materiellt värdemönster står andra värden såsom livskvalitet som dämpar de materiella behoven. I dagens samhälle har inte bara den materiella välfärden ökat utan också nya typer av materiellt beroende. (Blau, 1964, refererad i Tornstam, 2011; Tornstam, 2011.)

5.6 Utbytesteori på individnivå

Tornstam (2011) konstaterar att dessa teorier även kan tas ner på individnivå, istället för att diskuteras som ett utbyte mellan samhället och äldre människor som grupp. Utgående från tabellen kan man också diskutera en enskild individs möjligheter att leva oberoende. Man kan även flytta fokus till familjenivå, där empiriska undersökningar visar att utbytet familjemedlemmar emellan är jämnare än man kan tro. Enligt en studie (Litwin, Vogel, Künemund & Kohli, 2008) där cirka 2000 tyskar och israeler deltog, fann man att balansen i utbytesrelationen mellan gamla föräldrar och vuxna barn var relativt jämn gällande pengar och praktisk hjälp. Enligt studien var det först i 80-års åldern som föräldrarna blev mer mottagare än givare i utbytesrelationen.

Jag har i det här kapitlet redogjort för den teoretiska delen i min avhandling. I följande kapitel presenterar jag min empiriska undersökning.

6 Metod

I det här kapitlet berättar jag om valet av metod för min studie och utarbetningen av intervjuguiden. Jag redogör även för urvalet av respondenter, genomförandet av intervjuerna, transkriberingen, tillförlitligheten samt mina etiska reflektioner.

6.1 Val av metod

Inom kvalitativ forskning sätter man vikten på hur individer uppfattar sin sociala verklighet. Man antar ofta en induktiv syn på förhållandet mellan teori och praktik, istället för en deduktiv syn. En induktiv syn innebär att man genererar teori på basen av de praktiska forskningsresultaten, medan man med en deduktiv ansats prövar teorier. (Bryman, 2012.)

Den kvalitativa forskningsintervjun strävar till förståelse av världen ur respondentens synvinkel. Man vill även utveckla mening ur respondentens erfarenheter och urskilja deras värld bortom de vetenskapliga förklaringarna. Forskningsintervjun är både ett vardagligt och professionellt samtal. Kunskapen konstrueras i interaktionen mellan intervjuaren och respondenten. Intervjun består av ett utbyte av åsikter mellan två individer som talar om ett tema av ömsesidigt intresse. (Kvale & Brinkman, 2011.)

Jag visste redan i ett tidigt skede att jag ville utföra en kvalitativ intervjustudie, eftersom syftet med min avhandling är att undersöka vårdtagares upplevelser av närståendevård på djupet. Dels ville jag undersöka vårdtagares erfarenheter av personligt intresse, och dels för att det saknas kunskap inom området (Martire m.fl., 2003; Pruchno m.fl., 1997). Eftersom socialgerontologiska teorier inte tillämpas i tillräcklig utsträckning inom forskning (Bengtson m.fl., 2006), har jag valt att tillämpa två teorier – livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Trots att jag inkluderat två teorier i min intervjuguide har jag tillämpat en induktiv ansats i min studie, eftersom syftet inte har varit att pröva teorierna utan att använda dem som teman.

6.2 Val av intervjumetod

I min studie har jag valt att använda mig av semistrukturerade temaintervjuer. En semistrukturerad intervju är en typ av flexibel intervjuprocess där forskaren utgår från en intervjuguide där specifika teman inkluderas, samtidigt som respondenten ges stora möjligheter att påverka samtalet. Frågorna behöver inte komma i samma ordning som i guiden och det kan även komma upp andra frågor än de som finns listade i guiden. Tillvägagångssättet ger respondenten möjlighet att berätta om det som han eller hon upplever som viktigt. (Bryman, 2012.) Jag valde att utföra semistrukturerade temaintervjuer, eftersom jag dels ville utforska specifika teman och dels för att jag samtidigt ville ge utrymme för andra, oväntade ämnen då det saknas kunskap inom området (Martire m.fl., 2003; Pruchno m.fl., 1997).

6.3 Konstruktion av intervjuguide

När man konstruerar en intervjuguide bör man utgå från syftet med studien. Man bör skaffa sig förkunskap om ämnet som ska undersökas samt ta reda på information om olika intervjutekniker. Därefter bestämmer man sig för vilken teknik som lämpar sig bäst för sammanhanget. (Kvale & Brinkman, 2011.) Syftet med min avhandling är att undersöka äldre vårdtagares upplevelser av närståendevård och åldrande med hjälp av livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Jag ville inkludera dessa teman i min intervjuguide. Jag förberedde mig inför konstruktionen av intervjufrågorna genom att gå igenom tidigare forskning som gjorts om närståendevård ur vårdtagarens synvinkel samt studerade forskningsexempel där de valda teorierna tillämpats tidigare.

När man utarbetar sin intervjuguide bör man även tänka på att innehållet ska anknyta till problemställningen, samtidigt som guidens form bör möjliggöra att samtalet blir levande. Intervjufrågorna bör alltid vara lätta att förstå och man ska inte behöva använda tid till att förklara frågorna för respondenten. En väl utförd samtalsintervju kännetecknas av korta frågor och långa svar. Vanligtvis inleder man intervjun med en rad ”uppvärmningsfrågor” för att skapa en god stämning och kontakt med respondenten. De tematiska frågorna är de viktigaste frågorna i en intervju. De ska vara öppna frågor som möjliggör att respondenten, med minsta möjliga påverkan av intervjuaren, får utveckla sina tankar om viktiga aspekter av en viss företeelse.

Temafrågor kan gärna uppföljas av tilläggsfrågor för att få ytterligare information. (Kvale & Brinkmann, 2011.)

Jag övervägde att inkludera frågor från formuläret Care-Receiver Efficacy Scale (Cox, Green, Seo, Inaba & Quillen, 2006) som utarbetats för att undersöka äldre vårdtagares upplevelser av sin roll som vårdtagare, men jag upplevde att påståendena var för specifika för att passa in i min intervjuguide. Jag hittade inte heller någon relevant intervjuguide som gjorts med hjälp av livsloppsperspektivet, så därför valde jag istället att konstruera min intervjuguide på egen hand.

Enligt Gillham (2008) bör en intervju inte pågå längre än en timme eftersom den då riskerar att leda till utmattning och därmed sämre datakvalitet. Det är svårt att uppskatta hur lång tid en intervju kommer att ta enbart baserat av att läsa frågorna, men jag upplevde att min intervjuguide var av lämplig längd. I den inkluderade jag inledningsfrågor, tre teman samt en avslutningsfråga. En testintervju skulle förstås ha gett en bättre uppfattning om huruvida intervjuguiden var av lämplig längd.

Det rekommenderas att man ber någon erfarenhet kollega eller handledare att gå igenom intervjuguiden förrän man använder den. Man bör även gärna göra en pilotintervju och en testintervju. En pilotintervju innebär att man testar intervjufrågorna på någon person, medan en testintervju innebär att man testar intervjun på en respondent som hör till den målgrupp man kommer att undersöka. Oftast räcker det med 2-3 testpersoner. (Gillham, 2008.)

Jag kontrollerade min intervjuguide med två handledare och omarbetade den lite förrän jag satte igång. Jag gjorde även en pilotintervju med en familjemedlem för att kontrollera att frågorna var enkla att förstå. Tyvärr hade jag inte möjlighet att utföra en pilotintervju på en äldre vårdtagare, eftersom jag inte känner någon sådan.

Jag valde att utgå från min intervjuguide under varje intervju, men ställde olika tilläggsfrågor och varierade frågeordningen beroende på respondenten och samtalets utveckling. Min intervjuguide finns bifogad som en bilaga (*Bilaga 1*). Jag omarbetade vissa frågor i de intervjuer där relationen till närstående vårdaren var av annan typ än äktenskaplig.

6.4 Urvalsmetod

I min studie har jag använt mig av ett strategiskt urval. Någon form av strategiskt urval används ofta för kvalitativa forskningsintervjuer. Det innebär att forskaren gör ett målinriktat urval och väljer att intervjua respondenter som är relevanta för forskningsfrågorna. Ett strategiskt urval innebär även att man strävar till att kunna generalisera resultaten genom att undersöka ett mindre antal fall ur en viss population. Enligt kvantitativ forskningstradition bör man inte generalisera resultat på basen av ett litet antal fall, men faktum är att man inom samhällsvetenskaplig tradition ofta använt sig av just någon form av fallstudier när ambitionen har varit att generalisera resultaten. (Bryman, 2012; Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wägnérud, 2007.)

Eftersom fallstudier inte är representativa i statistisk mening, hänvisar fallstudieforskare gärna till en alternativ logik där man istället tillämpar en analytisk eller teoretisk generalisering. Man kompenserar alltså det faktum att enstaka fall inte omfattar en hel population med att använda sig av teori. Genom att analytiskt generalisera resultaten till en teori, kan man belysa allmängiltiga aspekter som säger något om övriga liknande fall i populationen. Det bör dock nämnas att teoretiska föreställningar inte är något som enbart tillämpas inom fallstudier, utan tvärtom något som är kännetecknande för så gott som alla forskningsinsatser. Teoretisk förankring behövs inom forskning för att överhuvudtaget kunna säga något om verkligheten, men samtidigt räcker inte enbart en god teori som extern validitet. Även förespråkare för analytisk generalisering menar att resultat från strategiska urvalsstudier bör replikeras flera gånger för att teorin ska kunna ses som giltig för en större population. (Esaiasson m.fl., 2007.)

När man använder sig av ett strategiskt urval kan man välja antingen kritiska eller typiska fall. Kritiska fall kan inkludera fall som är gynnsamma eller ogynnsamma för teorin. Ett exempel på gynnsamma fall är att man prövar en teori på sådana fall där de teoretiska föreställningarna torde vara gynnsamma, och om de inte är det så är de knappast det i någon annan kontext heller. Logiken för ogynnsamma fall är att man testar fall där de teoretiska föreställningarna inte torde gälla, och om de gör det så antar man att teorin även gäller för fall som är gynnsamma. Typiska fall är en logik som ofta används inom samhällsvetenskaplig praxis och man väljer då fall som inte skiljer sig systematiskt från den övriga populationen. Man har då grund att tro att resultaten är generaliserbara. För att här kunna uttala sig om en större population baserad på ett mindre

antal fall bör frågeställningen vara tillräckligt generell och populationen tillräckligt homogen. (Esaïasson m.fl., 2007.)

Esaïasson m.fl. (2007) hävdar att avsikten inom samhällsvetenskaplig forskning i regel bör vara att kunna uttala sig om något som gäller en större population och inte enbart ett fåtal fall. Som exempel ger de en studie där en forskare intervjuat tio strategiskt utvalda fattigpensionärer. Enligt författarna är denna studie samhällsvetenskapligt irrelevant, eftersom respondenterna inte kan representera hela populationen. Däremot anser de att man i detta fall kunde generalisera till mer abstrakta fenomen såsom tanke kategorier eller möjliga tolkningar av världen. Här är det inte lika intressant att se hur många människor som tolkar världen på ett eller annat sätt, utan det intressanta är förekomsten av olika tolkningar. Argumentet lyder då att det finns ett begränsat antal sätt att tolka världen på bland t.ex. just fattigpensionärer. Även detta argument bör dock stärkas och ett sätt att göra det är att man hävdar att man kartlagt en del, dock inte samtliga, existerande förhållningssätt och att det behövs ytterligare studier förrän ämnet kan ses som färdiganalyserat. Det är ett särskilt gångbart argument för studier av ett tidigare outforskat område.

Ett annat stärkande argument för en sådan studies resultat är att man uppnått teoretisk mättnad. Man fortsätter att intervjua personer ur en viss population tills samtalen inte längre bidrar med nya aspekter. Det finns ingen garanti för att det inte skulle finnas ännu en person som skulle tillföra studien något nytt, men den risken får man ta. Teoretisk mättnad är vanligt i undersökningar som berör en specifik grupp såsom t.ex. nygifta par eller äldre landsbygdsbor. Inom denna specifika, avgränsade grupp anstränger man sig sedan för att välja respondenter med så olika bakgrund som möjligt för att undersöka temat i största möjliga utsträckning. (Esaïasson m.fl., 2007.)

6.5 Urvalsprocessen i min studie

Jag inledde min studie med att ta kontakt med Folkhälsan i Vasa i maj 2015 för att få hjälp med att rekrytera respondenter. Folkhälsan är en allmännyttig social- och hälsovårdsorganisation som verkar i hela Svenskfinland (Folkhälsan u.å.). Innan jag tog kontakt med Folkhälsan var jag rädd för att intervjustudien inte skulle bli av, eftersom jag tänkte att äldre vårdtagare kan

vara en grupp som p.g.a. sin hälsa inte vill eller orkar delta i studien. Som tur kunde min kontakt på Folkhälsan hjälpa mig med att hitta lämpliga och villiga respondenter. Vi kom överens om att jag skulle utarbeta en intervjuguide under sommaren och sätta igång med intervjuerna på hösten 2015. Under oktober-december 2015 intervjuade jag respondenter vartefter min kontakt fick tag i frivilliga respondenter.

Jag har allt som allt intervjuat sju respondenter. Respondenterna är individer i åldern 71-80 år som vårdas av en anhörig. Alla utom en respondent vårdas av en formell närståendevårdare som har ett vårdavtal med kommunen. Fem av respondenterna är kvinnor och två är män. Fem av sju respondenter blir vårdade av sin make/maka. En respondent blir vårdad av sitt syskon, medan en annan vårdas av både sin partner och sin dotter. Alla respondenter är svenskspråkiga och bosatta i Österbotten.

En av respondenterna bor på servicehus och resten i sina egna hem. En av respondenterna är regelbundet på bädden för avlastning. Tre av respondenterna får regelbundet hjälp av hemservice i varierande utsträckning. Andra stödtjänster och hjälpmedel som används av en del av respondenterna är trygghetsalarm och städhjälp.

Vårdperiodens längd varierar mellan 3 och 51 år. Bland respondenterna som är gifta med sin närståendevårdare varierar äktenskapslängden mellan 50 och 60 år.

Samtliga respondenter bor tillsammans med sin vårdare, förutom i det fall där en respondent blir vårdad av både sin partner och dotter. Respondenten och partnern bor tillsammans, men dottern bor inte med dem. Respondenterna behöver vård av olika orsaker. Orsakerna inkluderar stroke, förlamning, synskador, nedsatt balanssinne, hjärtsjukdomar och mångfacetterade hälsoproblem.

Två respondenter var ännu tilltänkta, men den ena hamnade in på sjukhus samma dag som intervjun skulle ha ägt rum. Den andra kände sig trött och tvekade inför att delta, så jag bestämde mig därför för att enbart inkludera sju respondenter. Jag ansåg även att jag i min studie hade uppnått en viss teoretisk mättnad vid det skedet. Teoretisk mättnad innebär att man i sin studie kommer till en punkt då respondenternas svar och förklaringar inte tillför något nytt eftersom det redan kommit fram i de tidigare intervjuerna (Gillham, 2008).

I min studie har jag använt mig av ett strategiskt urval och intervjuat typiska fall. Som tidigare nämnt var det inte jag personligen som valt ut respondenterna, utan det var min kontakt på Folkhälsan som tog kontakt med lämpliga respondenter utgående från mina kriterier. Kriterierna för deltagande i min studie var svenskspråkiga äldre personer över 63 år bosatta i Österbotten, som inte led av demens eller andra minnessjukdomar, och som vårdades av en anhörig antingen med eller utan vårdavtal. Eftersom närståendevårdtagares upplevelser är relativt outforskade både i Finland och internationellt (Martire m.fl., 2003; Pruchno m.fl., 1997), ville jag börja med att undersöka de mest typiska närståendevårdfallen i Finland. De typiska närståendevårdtagarna i Finland är individer som blir vårdade av sin make/maka (SHM, 2014d). Efter att jag genomfört tre-fyra sådana intervjuer insåg jag att jag gärna ville komplettera studien med att intervjuerna också andra närståendevårdtagare för att få mer variation i svaren. Det resulterade i en intervju med en respondent som vårdas av både sin partner och sin dotter samt en intervju med en respondent som vårdas av sitt syskon.

Jag hade inga andra former av kriterier än de ovan nämnda, men jag anser att jag ändå fått intervjuat ett varierande urval av respondenter. Av respondenterna är två män och fem kvinnor. Respondenterna har varierande hälsoproblem, sjukdomar och vårdbehov. Även omfattningen av stödtjänster varierar – från intervallvård och dagligt besök från hemservice till inga stödtjänster alls. Olika boendemiljöer är också representerade i studien eftersom fyra av respondenterna bor på landsbygden, två i stadsmiljö och en på servicehus. Av respondenternas vårdare har sex av sju respondenter ingått vårdavtal med kommunen.

6.6 Materialinsamling

Min kontakt på Folkhälsan ringde först upp lämpliga kandidater för att berätta om studien och fråga om de ville delta. När hon fick tag i en frivillig respondent tog hon kontakt med mig och informerade om respondentens namn, telefonnummer, adress samt namnet på vårdaren och huruvida vårdaren var vårdtagarens partner/barn/syskon. Efter att jag fått informationen ringde jag upp respondenten för att presentera mig och igen berätta kort om studiens syfte. Jag berättade om deltagarens anonymitet vid eventuellt deltagande och frågade om hon eller han fortfarande ville delta. Därefter kom vi överens om tidpunkt. Jag berättade även att intervjun

gärna bör ske då respondenten och jag kan vara ensamma hemma eller åtminstone gärna i ett enskilt rum för att säkra intervjuens tillförlitlighet.

Vid val av plats av intervju ska man tänka på att välja en sådan miljö där intervjun utförs i en lugn och ostörd plats så att buller och ljud inte stör samtalet eller inspelningen. Respondenten ska inte heller behöva oroa sig för att någon annan lyssnar på samtalet (Bryman, 2012.) Man bör även välja en sådan intervjumiljö där respondenten känner sig så bekväm som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2011). I min studie var tanken hela tiden att intervjun skulle ske hemma hos respondenten, eftersom min målgrupp har ett försämrat hälsotillstånd av olika orsaker. Så gott som alla respondenter har mer eller mindre begränsad rörelseförmåga. Därför utfördes samtliga intervjuer i respondenternas hem.

Det visade sig till min förvåning att det inte var helt lätt att få till stånd en intervju i ett enskilt rum. Det verkade som att respondenten kände sig tryggare ifall närståendevårdaren närvarade, och i vissa fall verkade det som att respondenten oroade sig för att inte kunna svara "rätt" på frågorna själv. Någon respondent nämnde även att det inte finns några hemligheter vårdaren och vårdtagaren emellan. Fyra av intervjuerna skedde därför i närståendevårdarens närvaro i varierande utsträckning. Trots den långvariga och nära relationen vårdtagarna och vårdarna emellan, hade jag önskat att intervjun skett mellan två par ögon eftersom frågorna berörde vårdaren. Det går inte att utesluta att vårdarens närvaro påverkade intervjun.

Jag tror att det skulle ha varit bättre att jag innan intervjun hade sänt ut ett informationsbrev om studien för att undersökningen skulle ha tagits på större allvar. I brevet skulle jag dessutom ha kunnat förtydliga ännu mer att syftet var att undersöka vårdtagarens tankar och upplevelser. Dock tror jag inte att själva rekryteringen skulle ha kunnat gå till på något annat sätt än den gjordes i det här fallet, eftersom flera av respondenterna nämnde att de inte skulle ha ställt upp om det inte hade varit för min kontakt på Folkhälsan. De sa att de ville ställa upp hennes skull.

Samtidigt var det en intressant observation i sig att se att majoriteten av vårdtagarna kände en osäkerhet inför att svara på frågorna utan vårdarens närvaro.

Det rekommenderas att man bandar in intervjuer, eftersom intervjuaren då kan sätta all fokus på vad respondenten berättar och följa upp intressanta synpunkter. Intervjuaren kan bli distraherad av att behöva föra anteckningar under samtalets gång. Som intervjuare är det både

intressant att höra vad respondenten säger och hur respondenten säger det, och därför är det bra att ha tillgång till denna information för att kunna göra en så noggrann analys som möjligt i efterhand. Ibland kan en del respondenter bli oroliga eller självmedvetna vid tanken på att det de säger blir inspelat, och de har rätt att säga nej till att intervjun inspelas. (Bryman, 2012.)

Jag valde att spela in intervjuerna med hjälp av min smarttelefon efter att ha kontrollerat med respondenten att de gick med på att intervjun bandades in. Jag försäkrade att ingen annan än jag skulle lyssna på ljudbanden och att de enbart skulle användas för transkribering och därefter förstöras. Alla respondenter gick med på att jag spelade in intervjuerna. Jag upplevde inspelningen som något väldigt positivt, eftersom jag kunde fokusera på respondenten på ett annat sätt. Dessutom upplevde jag flera gånger att jag trots inspelningen lyckats missa något som respondenten sagt under intervjun, och då fick jag det med till analysen iallafall.

Det var värdefullt att lyssna flera gånger på vilket sätt och i vilken ton en respondent uttryckt något. En del av respondenterna pratar dialekt och då var det också praktiskt att ibland lyssna flera gånger för att förstå vad respondenten uttryckt. Jag upplevde även att jag blev bättre på min intervjuteknik genom att lyssna på inspelningen, eftersom jag lade märke till att jag i de första intervjuerna ibland borde ha svarat med tystnad eller en tilläggsfråga istället för att gå vidare till nästa ämne. När jag blev uppmärksam på det kunde jag förbättra min teknik till nästa intervju.

Det är viktigt att vara medveten om intervjuareffekter när man utför kvalitativ intervjuforskning. En intervjuare kan påverka respondent både medvetet och omedvetet, och respondenten kan även vilja anpassa sig enligt intervjuaren. Om en intervjuare medvetet påverkar och styr respondenten räknas det som fusk och tjänstefel, medan omedveten påverkan kan handla om gester och minspel som intervjuaren kan använda sig av när frågor läses upp. Respondentens anpassning är svår att påverka, det kan handla om att respondenten vill svara sådant som förväntas av henne eller honom. Det kan gälla speciellt när det gäller känsliga frågor som ska besvaras då intervjuaren är närvarande, i jämförelse med om respondenten svarar på samma typ av frågor i en enkätundersökning t.ex. (Esaïasson, m.fl, 2007.)

Med detta i åtanke ansträngde jag mig för att vara så neutral som möjligt när jag ställde frågorna och lyssnade på svaren. Jag upplevde inte att respondenterna försökte anpassa sig efter mig, utan att de ärligt och frimodigt svarade på frågorna. De flesta berättade om känsliga saker såsom

vad som upplevs som negativt med närståendevård och vad de anser om att eventuellt inte kunna hjälpa till hemma. Däremot tyckte jag att det var en intressant upptäckt att många respondenter drog sig för att berätta vad de var bra på. De ”ville inte skryta”.

Samtidigt som man bör ha en förkunskap om ämnet man undersöker, bör man även som forskare se upp med förutfattade meningar. Förutfattade meningar innebär att man redan gjort en bedömning och dessa förutfattade meningar kan även vara omedvetna. Det är viktigt att fråga sig vad det är man tror sig ska finna för resultat, vad man hoppas få för resultat och vad man inte hoppas få för resultat. Genom att vara medveten om sina förutfattade meningar kan man nå och tolka resultat på ett mer tillförlitligt sätt. (Gillham, 2008.)

Jag upplevde en fördel i att jag inte hade särskilt stor förkunskap om äldres vårdtagares upplevelser av närståendevård, eftersom jag enbart funnit ett fåtal forskningsexempel. Jag hade dessutom inte hittat någon kvalitativ intervjustudie som inkluderat enbart äldre vårdtagare. Därför var jag öppen till olika upplevelser och svar. Däremot hoppades och trodde jag att jag skulle finna bevis för att både livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin skulle vara lämpliga teorier att tillämpa. Jag trodde att majoriteten skulle uppleva brist på reciprocitet och beskriva negativa upplevelser kring det. Eftersom jag var medveten om mina förutfattade meningar försökte jag att inte styra respondenterna eller tolka deras svar på ett sätt som gagnade mina frågeställningar.

Intervjuernas längd varierade mellan 35 och 88 minuter.

6.7 Transkribering

Transkribering innebär en process då man ”översätter” intervjun till en skriftlig version (Gillham, 2008). Att transkribera innebär också att man transformerar materialet från en form till en annan. Intervjun är en levande situation där tonfallet och minerna finns tillgängliga för intervjuaren och respondenten, men som sedan försvinner då man återger materialet i skriven form. (Kvale & Brinkmann, 2011.)

När man transkriberar en intervju bör man ta ställning till huruvida man ska återge vartenda ord såsom ofta upprepade "hm" och liknande uttryck, samt om man ska återge skratt och pauser (Kvale & Brinkmann, 2011). Jag valde att återge pauser och skratt i min transkribering, eftersom jag anser att texten blir mer levande då och att det annars finns en risk för att respondenternas uttryck tolkas på fel sätt.

Det är viktigt att respondenternas anonymitet skyddas i transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2011), och jag valde därför att göra utskriften på standardsvenska, trots att en del av respondenterna pratar dialekt. Uttryck återgivna med en viss dialekt skulle kunna ge läsarna information om varifrån respondenten kommer eller t.o.m. vilken person det är fråga om. Däremot inkluderade jag typiska finlandssvenska uttryck i enstaka fall såsom "leidon" och "kucka", vilket betyder "leda" respektive "titta". För att skydda respondenternas anonymitet valde jag även att inte ta med vissa uttryck och utfyllnadsord som användes ofta och som jag upplevde att var kännetecknande för en respondent.

Jag transkriberade varje intervju så fort som möjligt efter att jag intervjuat en respondent, vilket Gillham (2008) rekommenderar gällande transkribering. När man lyssnar på bandet en kort tid efter intervjun friskas minnet upp och man har bättre förutsättningar att tolka det som sägs. En annan fördel med att snabbt få undan transkriberingen är att intervjuerna inte lämnar på hög. Det är bättre att få en nystart inför varje intervju istället för att ha flera intervjuer inspelade utan att ha transkriberat dem. Dessutom kan man dra lärdomar av att höra på en intervju och vara bättre förberedd till nästa gång.

Som jag tidigare nämnde lade jag märke till saker som jag inte märkte under intervjuens gång då jag lyssnade på intervjuinspelningarna i efterhand. Det gällde både saker som respondenten sa som jag inte uppfattade vid själva intervjutillfället, och också saker som gällde min intervjuteknik. Efter att ha lyssnat på en inspelning blev jag bättre på att ställa fler tillägsfrågor och ge respondenten mer tid att fundera på och utveckla sina svar.

Transkribering är en tids- och energikrävande process. Varje intervju tog flera timmar att transkribera. Det rekommenderas att man enbart transkriberar en timme i taget för att inte tappa uppmärksamheten (Gillham, 2008.) Jag märkte att det var krävande att transkribera intervjuer, så jag valde att ta flera korta pauser under varje transkribering för att inte börja slarva eller missa något. I mitt fall varierade utskrifternas längd mellan 7-15 sidor.

Som studerande kan man även överväga att transkribera utvalda delar av en intervju. Man transkriberar då enbart de delar som behövs för analysen. (Esaiasson m.fl., 2007.) Jag valde att transkribera alla delar i en intervju, förutom i de fall där en respondent eller en närstående vårdare började diskutera något annat ämne. Då skrev jag istället t.ex. att ”samtalet leds in på min hemort i cirka tre minuter” och fortsatte sedan att transkribera då intervjun fortsatte.

Jag fick även ta ställning till huruvida jag skulle transkribera närståendevårdares kommentarer, eftersom det var vårdtagaren som egentligen var respondent. Jag valde att inkludera närståendevårdarens kommentarer i de fall där de bidrog till kontexten i vad vårdtagaren sedan uttryckte, men jag utelämnade närståendevårdarens kommentarer i själva analysen.

6.8 Undersökningens tillförlitlighet

En del forskare anser att begrepp som validitet och reliabilitet inte hör hemma i den kvalitativa forskningen. De anser istället att det behövs skilda kriterier för kvalitativ forskning, eftersom kriterierna för validitet och reliabilitet lämpar sig bättre för kvantitativ forskning. Inom kvalitativ forskning brukar man därför ibland använda sig av begrepp som trovärdighet, överförbarhet, konfirmering och pålitlighet (Bryman, 2012.) Jag använder mig trots det av begreppet validering, eftersom jag utgår från Kvale och Brinkmanns (2011) valideringsguide som är utarbetad för intervjustudier. Jag återkommer till denna guide senare i stycket.

Reliabilitet och validitet är två vanliga begrepp inom forskning som här diskuteras gällande intervjustudier. Reliabilitet handlar om forskningsresultatens konsistens och tillförlitlighet – om huruvida respondenterna förändrar sina svar under en intervju och huruvida respondenterna svarar annorlunda beroende på vem som intervjuar. Resultatens reliabilitet är viktigt för att undvika för mycket subjektivitet i en forskning, men samtidigt behövs ofta en del kreativitet och variationsrikedom för en lyckad intervjustudie. Validitet handlar mer om sanning, giltighet och riktigheten i ett yttrande, d.v.s. att argumentet är hållbart, försvarbart, välgrundat etc. Att validera handlar även om att kontrollera, ifrågasätta och teoretisera. En forskare bör vara kritisk till sin egen forskning och förankra sina tolkningar med hjälp av teori. (Kvale & Brinkmann, 2011.)

Validitet kan ses som ett av de mest centrala problemen inom den empiriska samhällsvetenskapen. Det är en konsekvens av att man inom forskning använder sig av både ett teoretiskt och ett operationellt språk. Frågor och problem tas upp på en teoretisk nivå, medan själva forskningen utförs på ett operationellt språk. Själva begreppet validitet kan definieras som överensstämmelse mellan teori och studie, frånvaro av systematiska fel och att man faktiskt mäter det man påstår att man mäter. Extern validitet innebär möjligheterna att generalisera resultaten till en större population alternativt från en kontext till en annan. Intern validitet innebär välgrundade slutsatser utgående från det antal analysenheter man studerat. (Esaiasson m.fl., 2007.)

Kvale och Brinkmann (2011) understryker att validering är något som ska finnas med i hela forskningsprocessen. De delar upp undersökningen i sju stadier och förklarar hur validering inkluderas i varje stadie. I det första stadiet, tematisering, finns validiteten i välgrundade teoretiska antaganden och en logisk utveckling från teori till forskningsfrågor. I planeringen säkrar man validitet genom att välja en för syftet lämplig intervjudesign och metod. Dessutom tar man i beaktande etiska principer såsom målet att göra gott, producera kunskap och minimera skadliga konsekvenser.

Det tredje stadiet, intervju, validerar man genom att säkra tillförlitlighet i respondenternas rapporter och intervjukvalitet. I utskriften handlar validitet om att översätta från muntligt till skriftligt på tillförlitligt sätt. Analys är det femte stadiet och här bör man ställa valida frågor till en text och göra logiska, hållbara tolkningar. Det sjätte stadiet, validering, utgör ett relevant val av valideringsform och tillämpning av konkreta valideringsprocedurer. I det sista stadiet, rapportering, gör man en valid redogörelse för huvudresultaten där man även inkluderar läsarnas roll i validering av resultaten.

För att ytterligare säkra validiteten kvalitativa intervjustudier kan man välja att låta respondenterna läsa igenom resultaten. Problemet är att forskarens analys ibland kan gå utöver respondenternas självförståelse. (Kvale & Brinkmann, 2011.)

Jag kommer nu att diskutera validiteten i min studie utgående från de sju stadier som Kvale och Brinkmann (2011) redogjort för i stycket ovan. Jag anser att mina teoretiska antaganden är välgrundade, eftersom jag tillämpat livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. De är två av de mest populära teorierna inom socialgerontologisk forskning idag (Alley m.fl., 2010).

Jag anser att de valda teorierna lämpar sig speciellt väl för en undersökning av närståendevård. Livsloppsperspektivet handlar om att man inte kan förstå en individ utan att ta i beaktande en mångfacetterad blandning av olika faktorer samt individens hela livslopp (Tornstam, 2011). Alla respondenter i min studie har känt sina närståendevårdare i minst 50 år, vilket betyder att närståendevårdarna hade en helt annan kunskap om vårdtagarna än vad någon annan typ av vårdare skulle ha haft. Därför är det välgrundat att undersöka denna aspekt.

Reciprocitet handlar om balansen mellan att ge och få, och vad som händer ifall den ena parten upplever sig vara enbart en mottagare. Även denna aspekt är motiverad att inkludera i frågeställningen för att ta reda på vilken betydelse reciprocitet har för vårdtagare. Det som gör reciprocitet till en speciellt intressant fråga inom närståendevårdsforskning är fenomenet seriell reciprocitet. (Tornstam, 2011.) Här igen spelar den långa relationen vårdtagaren och vårdaren emellan en viktig roll. Mina övriga frågeställningar gällde vårdtagares upplevelser av närståendevård i allmänhet, vilket är befogat eftersom ämnet som tidigare nämnt är relativt outforskat (Martire m.fl., 2003; Pruchno m.fl., 1997).

I studiens andra skede, planering, valde jag en lämplig intervjumetod som berörde specifika teman samtidigt som respondenten fick möjlighet att bidra med kunskap som berörde andra ämnen. Det främjade målet att producera kunskap om vårdtagares upplevelser av närståendevård. Jag tog i beaktande etiska principer när jag utarbetade intervjuguiden och övervägde speciellt noga hur jag skulle ställa frågorna som gällde reciprocitet för att minimera negativa känslor hos respondenten.

I det tredje stadiet, intervju, försökte jag säkra tillförlitligheten genom att intervjua respondenten på tumanhand. Tyvärr lyckades jag inte få intervjua alla respondenter i ett enskilt rum, men jag anser ändå att materialet är tillräckligt tillförlitligt för att användas p.g.a. den nära relationen vårdaren och vårdtagaren emellan. Trots det hade det naturligtvis varit önskvärt att intervjua vårdtagaren utan vårdarens närvaro. Intervjukvaliteten är i övrigt god, eftersom jag i de flesta fall fick långa och omfattande svar. Jag upplevde att jag fick en god kontakt med majoriteten av respondenterna och att de vågade och ville svara på mina frågor. Jag ansträngde mig också för att vara så neutral som möjligt vid intervjutillfället för att minska på intervjuareffekterna.

Validering har jag även säkrat i utskriften, eftersom jag har följt diverse rekommendationer som finns för transkribering. Jag har transkriberat så snabbt som möjligt efter att intervjuerna ägt rum och gjort utskrifterna med stor omsorg. Jag har noga övervägt hur jag ska transkribera för att återge materialet så autentiskt som möjligt, samtidigt som respondenternas anonymitet skyddas.

Jag har även utfört analysen på ett tillförlitligt sätt, eftersom jag har gjort välgrundade tolkningar på basen av både material och teori. Jag har tagit tid på mig att analysera resultaten och noga övervägt lämpliga kategorier. Jag har låtit materialet bestämma vilka kategorier som analysen ska innehålla. Jag har vågat göra tolkningar, samtidigt som jag inte har överdrivit argumenten för dessa. I valideringsstadiet har jag utgått från litteratur om forskningsmetodik och tillämpat den. I rapporteringen har jag gjort en välgrundad redogörelse för huvudresultaten och varit ärlig med vad jag har funnit och inte funnit i min studie.

Jag har valt att inte be respondenterna läsa igenom min avhandling, eftersom jag anser att de skulle kunna ha svårt att förstå analysen. Istället har jag ansträngt mig för att inte tolka deras uttalanden på fel sätt. Jag har lyssnat flera gånger på transkriberingen och inte tagit med uttalanden där jag är osäker på vad respondenten uttryckt eller menat. Jag har värnat om anonymiteten för att minimera skadliga konsekvenser för respondenterna.

6.9 Etiska reflektioner

Enligt Kvale och Brinkmann (2011) ska samhällsvetenskaplig forskning gagna både samhälleliga och mänskliga intressen. Fyra grundläggande etiska principer som gäller forskning är informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Informationskrav innebär att forskaren informerar respondenten om studiens syfte och tillvägagångssätt samt om respondentens frivilliga deltagande och rätt att hoppa av. Samtyckeskrav innebär deltagarnas rätt att bestämma över sin egen medverkan i undersökningen. Konfidentialitet handlar om att skydda respondenternas anonymitet i undersökningen. Nyttjandekrav innebär att de uppgifter som samlas in om respondenterna enbart får användas för det angivna forskningsändamålet. (Bryman, 2012.)

En annan etisk princip är att se till att undersökningsdeltagarna inte skadas av studien. Det innebär igen att deltagarna bör vara anonyma i undersökningen, men också att man bör överväga ifall deltagarna kan uppleva obehag och negativa känslor på grund av undersökningen (Bryman, 2012.)

På samma sätt som i kapitlet om tillförlitlighet, kommer jag här att redogöra för Kvale och Brinkmanns (2011) lista över hur man tar i beaktande etiska frågor under hela intervjustudien och därefter förklara hur jag tillämpat etiska principer i min egen studie.

Kvale och Brinkmann (2011) tar igen upp intervjustudien som en process uppdelad i sju stadier och redogör här för etiska principer i varje stadie. I det första stadiet, tematisering, bör man ta ställning till undersökningens syfte med hänsyn till dels det vetenskapliga värdet och dels i vilken mån studien förbättrar den undersökta situationen. I planeringen bör man få deltagarnas informerade samtycke till deltagande, säkra anonymitet och överväga studiens konsekvenser för deltagarna.

I intervjusituationen bör man överväga vilka konsekvenser som uppstår för deltagarna i form av t.ex. förändringar i självuppfattningen. I det fjärde stadiet, utskrift, bör man igen säkra anonymiteten och se till att den utskrivna texten motsvarar deltagarnas muntliga uttalanden. I analysen tar man ställning till hur djupgående materialet ska analyseras och huruvida deltagarna ska få påverka hur deras uttalanden tolkas. I verifieringen ska forskaren redovisa så verifierad kunskap som möjligt, vilket även handlar om hur pass kritiska frågor som ställs till deltagaren. I det sista stadiet, rapportering, bör forskaren igen ta hänsyn till deltagarnas konfidentialitet och frågan om vilka konsekvenser den publicerade rapporten får för deltagarna och den målgrupp de hör till. (Kvale & Brinkmann, 2011.)

Som jag tidigare diskuterade i bl.a. kapitel 6.6 finns det ett behov av att ytterligare undersöka äldre vårdtagares upplevelser och därför anser jag att studien är motiverad. Huruvida min studie förbättrar situationen för vårdtagare är en bra fråga, men jag tror att den kan göra det eftersom studien bidrar till mer kunskap. Jag kommer att presentera mitt material för yrkesmänniskor som möter närståendevårdare i sitt arbete, och det gagnar vårdtagare att yrkesmänniskor känner till mer om deras situation.

I planeringen har jag enbart inkluderat frivilliga respondenter och förklarat studiens syfte åt alla deltagare. Jag har genomgående övervägt noga hur jag ska gå till väga för att säkra deras anonymitet. I både planeringen och intervjusituationen har jag varit försiktig med att ställa frågor kring t.ex. möjligheter till reciprocitet, eftersom jag inte har velat såra dem. Samtidigt tror jag att det är viktigt att få höra deras upplevelser kring ämnet. Jag tror inte att min intervjusituation har förändrat deltagarnas självuppfattning. Två av mina respondenter blev gråtmilda under intervjun och det har i båda fallen handlat om att respondenterna beskrivit sina upplevelser av olika hälsorelaterade problem och negativa upplevelser. Jag tror därför inte att mina frågor har orsakat skada, utan respondenterna har beskrivit svårigheter som de upplevt eller upplever i sina liv. Svårigheter och negativa känslor är samtidigt något som jag anser att är etiskt berättigat att behandla i studien, eftersom det belyser vårdtagares situation och kan bidra till värdefull kunskap som i bästa fall leder till att deras situation förbättras. I alla intervjuer har jag försökt att avsluta intervjuerna i en positiv anda, för att minimera negativa känslor hos deltagare.

I utskriften och analysen har jag värnat om deltagarnas konfidentialitet genom att utesluta för respondenten kännetecknande uttryck och ord, samtidigt som jag återgett uttalandena så autentiskt som möjligt. I rapporteringen har jag velat belysa mina deltagares upplevelser så autentiskt som möjligt för att sprida kunskap och förståelse, samtidigt som jag understryker att min fåfallstudie inte representerar alla vårdtagare.

Andra etiska principer jag tagit hänsyn till är frivillighet även gällande inspelning av intervjuerna. Jag har raderat inspelningarna efter transkriberingen som överenskommet och uteslutit sådana kommentarer som respondenterna önskat att jag inte tar med i transkriberingen. Jag har inte pressat till deltagande eller medvetet styrt deras svar på mina intervjufrågor. Av etiska skäl har jag även valt att inte inkludera någon respondent som lider av minnessjukdomar.

6.10 Analysmetod

Innehållsanalys betyder en undersökning av ett visst innehåll som t.ex. är av skriftlig form. Inom kvantitativ innehållsanalys undersöker man ett visst antal likvärdiga, jämförbara analysenheter för att kunna uttrycka och analysera dessa med hjälp av siffror. Inom kvalitativ

innehållsanalys söker man efter det väsentliga innehållet genom att studera materialets delar, helhet och kontext. Det som man letar efter inom kvalitativ innehållsanalys är något annat än summan av detaljerade analysenheter. Istället undersöker man det som ligger dolt under ytan i materialet. (Esaïasson m.fl., 2007.) Jag kommer här att fokusera på kvalitativ innehållsanalys, eftersom det är den metod jag har använt mig av.

När man utför en kvalitativ innehållsanalys kan man tolka på manifest eller latent nivå. När man arbetar med manifesta uttalanden tolkar man det som uttrycks rakt ut. Med latent uttalanden syftar man på det som sägs mellan raderna. Tolkningarna blir då spekulativa i varierande grad, och det är viktigt att man inte tillskriver sina respondenter synsätt som det inte finns grund för. Man bör underbygga sina tolkningar med citat. (Kvale & Brinkmann, 2011.)

Redan under transkriberingsprocessen börjar man ana sig till vilka delar av materialet som bidrar till den empiriska analysen. Det man söker efter är substantiella uttalanden. När man har identifierat dessa i en text är följande steg att kategorisera dem. Det är en process där man kategoriserar, ändrar sig och gör om. När man kategoriserar finner man gemensamma element bland vissa uttalanden, men samtidigt saker som skiljer dem åt. Det gäller att hitta lämpliga kategorier och hitta på passande namn åt dem. Kategorirubrikerna bör vara förklarande och inte alltför abstrakta. En fara med att göra kategorier är att de blir för snäva och man hamnar istället då att skapa en väldigt stor mängd kategorier, vilket i princip är det samma som att inte göra någon kategorisering alls. Det är ofta ett problem inom kvalitativa analyser, eftersom man ofta har väldigt mycket material att handskas med. Istället är det då bättre att kategorisera för brett. (Gillham, 2008.)

Jag har använt mig av en kvalitativ innehållsanalys i min studie och materialet har bestått av mina transkriberade intervjuer. Jag har valt att kategorisera materialet med hjälp av en induktiv ansats. Jag har använt mig av dataprogrammet NVivo, som är en mjukvara framställd för att underlätta kvalitativ dataanalys (Kvale & Brinkmann, 2011). Jag har inkluderat tolkningar av materialet på både manifest och latent nivå.

7 Resultat

I det här kapitlet redogör jag för analysens resultat. Jag har valt att beskriva mina resultat i löpande text utgående från de teman som jag har hittat i analysen. Teman som analyserats är närståendevård, livsloppsperspektivet och reciprocitet. I varje tema finns underkategorier som jag presenterar vartefter jag redogör för varje temas resultat. Jag har inkluderat citat för att säkra tillförlitligheten. För att skydda respondenternas anonymitet använder jag mig av förkortningen ”N” för närståendevårdare i de fall där respondenten använt närståendevårdarens namn i ett citat. Jag har även valt att inte skriva ut ortnamn eller namn på andra personer som nämns i intervjuerna. Istället har jag i de fallen markerat namnen med ”X”. Jag har bifogat min analysmodell i form av ett figurschema för att skapa en överblick över kategorierna (*Bilaga 2*).

7.1 Närståendevård

I det här temat har jag funnit följande kategorier: fördelar, utmaningar, val av närståendevård, tankar om systemet, tankar om äktenskapet och hälso- och sjukvård.

7.1.1 Fördelar

Överlag är respondenterna väldigt positivt inställda till närståendevård. Något som uppskattas stort är närståendevårdarens erfarenhet av och kunskap om hur vården ska skötas. Vårdtagaren behöver då inte förklara ingående hur vårduppgifter ska utföras, eftersom närståendevårdaren redan vet. Denna fördel diskuteras ofta i jämförelse med ifall någon annan skulle utföra eller har utfört vården

Jo, klart att det är skillnad då han har ju gjort så många år. N kan och vet hur jag ska ha det. Jag säger ”dra där”, då vet han hur han ska dra.

- Respondent 1

En annan respondent är inne på samma linje och lyfter fram att närståendevårdaren dessutom vet vad vårdtagaren klarar av.

Man har någon som känner en och någon som vet vad som ska göras och vet vad som går att göra åt en.

- Respondent 2

En respondent nämner att det är praktiskt att närståendevårdaren vet var allting fanns i hemmet. Två av respondenterna har närståendevårdare som är utbildade inom hälsovård. Det upplevs som positivt och tryggt, eftersom en av respondenterna upplever att det är svårt att bedöma sitt vårdbehov själv.

En vanlig vårdare är inte sjukvårdare i vanliga fall. Så det är ju kanske en skillnad som är ganska annorlunda. Men det passar mig nog. Att hon säger ”nu gör vi så här och så här eller nu behöver vi fara till en läkare”. Sådana där bedömningar har jag ingen aning om hur man skulle göra.

- Respondent 7

En annan respondent anser att personalen från hemservice inte alltid klarar av att sköta vårduppgifterna lika bra som närståendevårdaren. Här belyser respondenten också den nära relationen vårdtagaren och närståendevårdaren emellan, som tillåter att vårdtagaren får visa känslor av frustration.

Så klart det är bättre om det är N hela tiden. Men han kan ju inte med såren åtminstone. Så ibland sitter man nog så vint och snett, men han får ju fixa till det han då de har gått. Så får jag vara arg på honom (skratt).

- Respondent 1

Den nära relationen är en väsentlig fördel med närståendevård. Samtliga respondenter har känt sina närståendevårdare i minst 50 år. Det bidrar bland annat till att vårdtagaren känner att hon eller han får vara sig själv i närståendevårdarens sällskap. Även denna aspekt jämförs med om vårdaren skulle vara någon utomstående.

Ja, jag har ju inte haft någon annan, men det är väl nog att man får bli arg om man behöver (skratt). Man får säga vad man tycker. Inte skulle jag göra det åt någon som är främmande.

- Respondent 1

En respondent nämner tryggheten i att bli vårdad av en närståendevårdare, eftersom hon upplever att man inte skulle känna samma tillit till någon annan.

Och så tror jag inte att man litar lika mycket på en främmande som någon egen. Det tror jag inte. (skratt).

- Respondent 3

Även en annan respondent nämner fördelen med att man känner varandra och att det skulle kännas annorlunda att bli vårdad av någon utomstående.

Ja, det är väl när man känner varandra (skratt). Det skulle ju vara helt annorlunda om det kommer främmande, tycker jag. Jag vet inte.

- Respondent 6

En annan respondent understryker den goda vänskapen och relationen vårdaren och vårdtagaren emellan. I det här fallet är respondenten och vårdaren tvillingar.

För det första har jag det väldigt bra, hon är min goda vän. Och sen är hon en bättre vän än någon annan eftersom vi är syskon och tvillingar.

- Respondent 7

En annan aspekt som upplevs som en stor fördel är att respondenterna får bli vårdade hemma. Det innebär dessutom att närståendevårdaren alltid finns tillgänglig, vilket upplevs som tryggt.

Man får hjälp då man behöver. Jag får vara hemma till på köpet, det sätter man stort värde på.

- Respondent 2

En annan respondent är också inne på samma spår.

Det är ju bra att man inte behöver göra något själv. (skratt) Nä, jag skojade bara. Ja nå visst, nog är det ju det bästa det. Att man får hjälp, och alltid har han tillhands. Nästan alltid, han är ju förstås ute och jobbar med allt möjligt, men iallafall så har han alltid telefon med och så fort det är något så får jag ringa, om han är ute en stund. Så jag tycker att det är bra. Jag har varit, för en som, om han skulle ha varit anställd så skulle det ha varit svårt.

- Respondent 3

Även denna fördel med närståendevård diskuteras ofta i jämförelse med att bli vårdad av någon utomstående. Respondenterna konstaterar att den tillgängligheten inte skulle vara möjlig ifall man istället blev vårdad av t.ex. hemservice. En respondent får regelbunden intervallvård på bädden, och han jämför vården där med att få vara hemma.

Det går ganska bra nu. Men den här avlastningen är nog bra. För jag har ingenting emot att fara in på sjukhuset på avlastning en vecka. Men jag måste nog säga att jag trivs nog, har nog det bäst hemma.

- Respondent 4

Flera respondenter uttrycker tacksamhet till sina närståendevårdare och deras arbetsinsatser. De känner sig lyckligt lottade över att ha denna vårdform.

Men nog är det bra att ha en närståendevårdare som bor i samma hushåll, så är det inte alltid, så jag vet att jag är mycket privilegierad och jag förstår det mycket väl.

- Respondent 7

Ja sen stroke har hon varit heltid närståendevårdare. Oj oj. Hon är guld värd.

- Respondent 4

7.1.2 Utmaningar

Trots närståendevårdens alla fördelar är känslor av frustration något som flera av respondenterna rapporterar. En respondent anser att det är hennes eget hälsotillstånd som ger upphov till frustration.

Jag tycker inte att... Det är bara jag själv som blir så förbaskad när man inte kan göra fast man vill. Det är ju det värsta. Men annars går det ju bra.

- Respondent 6

En annan respondent rapporterar att vårdbehovet ibland leder till att både närståendevårdaren och vårdtagaren tappar humöret, även om vårdformen annars upplevs som bra.

Nä, det finns nog inget negativt med det. Det är ju det som är... Det märks ju bra då hon tröttnar och jag blir... Det blir lite högre röst här i huset.

- Respondent 4

Även en annan respondent rapporterar att närståendevårdaren tidvis blir frustrerad.

Bara hon får ropa någon gång så går det bra, man börjar bli van med det.

- Respondent 2

En respondent upplever frustration i situationer då vårdtagaren och vårdaren blivit osams, samtidigt som vårdtagaren fortfarande behöver vård.

Och negativa är väl att han ska behöva dras med mig hela tiden. Man har blivit arg på varandra och sen måste man ha hjälp sen likaväl (skratt). (paus) Ja, inte är det så lätt.

- Respondent 1

Närståendevårdarens arbetsbörda är något som flera respondenter har i åtanke. Det tar sig uttryck i att en respondent inte vill vara till mer besvär för närståendevårdaren än vad hon måste. Hon berättar att hon gärna skulle vilja ha på tända värmeljus, men att hon väljer att avstå från det eftersom det innebär extra arbete för vårdaren.

Jag tycker ju om då det blir mörkt små lampor på och värmeljus här och där, men då han inte minns att gå och tända och släcka. Jag skulle vilja att han skulle göra det av sig själv. /.../ men då vill jag ju inte besvära honom något mera än vad jag behöver. Så det blir nog svart.

- Respondent 1

Även en annan respondent upplever att han måste tänka på vårdarens arbetsbörda och avser då att han åker in på intervallvård regelbundet för att avlasta henne. När han har varit hemma en längre tid tar närståendevårdarens ork slut.

Men jag måste ju tänka på henne också. Det märker man nog med tiden då jag har varit hemma här, att rösten blir högre med tiden.

- Respondent 4

På frågan om det finns en oro för att vården ska bli för tung för partnern svarar en respondent att det finns en oro, men att han samtidigt känner sig tacksam och glad över att vårdaren orkar så bra som hon gör.

För henne? Jo, nog tänker man på det nog. Men jag är tacksam tillika och glad att hon klarar av allt så bra som hon gör.

- Respondent 2

Eftersom majoriteten av närståendevårdarna är i samma ålder som vårdtagarna funderar flera respondenter på vad som kommer att hända i framtiden när närståendevårdaren inte orkar längre. Vissa upplever ovissheten som jobbig och otrygg, medan ett fåtal har en mer positiv inställning. En av respondenterna märker redan nu att närståendevårdaren inte orkar på samma sätt som förut. Hon vill inte flytta till ett äldreboende.

Och N orkar inte så mycket som han orkade förut. Så tänker man ju nog att vart kommer man sedan. (paus) Inte skulle man ju vilja ligga på någon åldersanstalt. Men dit kommer jag ju då inte han orkar sköta något mer. För inte tycks jag dö, brukar jag säga (skratt).

- Respondent 1

En annan respondent är också orolig inför framtiden, men väljer att inte tänka på det.

Ja, då vet jag inte vad jag gör sen då N inte orkar mer, då vet jag inte. Den dagen, den sorgen. /.../ Ja, jag vet inte. Jag måste faktiskt säga... Och jag vill inte tänka så långt.

- Respondent 5

En respondent är mer positivt inställd till framtiden och anser att de vid behov får söka hjälp av utomstående.

Nä. Nä, det gör jag inte (skratt). Han är stark. Nä, då får han väl skaffa hjälp om det blir så.

- Respondent 6

Flera av respondenterna funderar på att flytta i framtiden. En av respondenterna är intresserad av Folkhälsans servicehus, men anser att de aldrig skulle ha råd att bo där. Hon funderar på hur det kommer sig att de kan ha så dyra hyror. En respondent hoppas på att bli i bättre skick så att de ska kunna bo kvar hemma.

Nå jag hoppas ju det att jag ska få bli bättre och bättre med det här och att huvudet, skallen ska vara i skick. Så då ska det nog gå att vi ska kunna bo här länge än. Det är nog mina tankar.

- Respondent 4

En respondent upplever det som jobbigt att behöva flytta och inte ännu veta när eller vart de ska flytta.

Nu ska de ju börja med rörremont här också. Och vi ska måst bort, vi vet inte något datum ännu. Kanske efter ett år. Då måste man börja flytta och dra allt... Uschadå, vad hemskt.

- Respondent 1

7.1.3 Val av närståendevård

Valet av just närståendevård som vårdform är något som så gott som alla respondenter beskriver som något naturligt. Det kan ses som en följd av den långa, nära relationen vårdtagaren och närståendevårdaren emellan. Ett fåtal respondenter upplever att de inte kände till några andra alternativ. För en respondent handlar närståendevård om att få vara hemma och därför valde han och vårdaren denna vårdform.

Det var ju helt naturligt det att jag ville vara hemma. Inte ville jag börja ligga på någon anstalt. Det ville inte hon heller. Men det behöver nog vara den här viloveckan emellan, det är nog bra. Det är absolut bra.

– Respondent 4

En annan respondent menar också att valet föll sig naturligt. Periodvis har de fått hjälp av hemservice-personal då vårdbehovet varit stort, men de har ändå återgått till närståendevård efteråt.

Det föll sig naturligt. Nog har vi också haft då och då tillfälligt hemvårdare som hjälper t.ex. med någonting som vi har behövt, men det har aldrig varit långa perioder.

- Respondent 7

Samma respondent berättar att varken vårdtagaren eller vårdaren behövde lära sig nya roller då de inledde närståendevården, eftersom allt skedde så naturligt.

Och jag skulle säga att jag som klient vet ju en hel del om det här livet, hur livet levs i familjer och sådant, så jag vet ju ungefär vad jag kunde vänta mig av dig utan att jag hade några särskilt stora krav, men jag behövde inte lära mig för att bli en klient. Och inte heller att hon skulle lära sig att bli min vårdare, utan det föll sig naturligt.

- Respondent 7

Även annan respondent menar att allt har gått automatiskt, och att det inte fanns så mycket att fundera på eftersom hon helt enkelt hade detta vårdbehov.

Nej inte vet jag ju det, utan det har ju gått av sig själv vartefter. Jag måsta ju ha den där hjälpen...

Respondent 1

7.1.4 Tankar om systemet

I flera av intervjuerna leder samtalet in på praktiska frågor gällande närståendevård. Flera respondenter anser att den ekonomiska ersättningen som närståendevårdaren får är alldeles för liten. En respondent berättar att inte alla närståendevårdare får ersättningen trots att de egentligen skulle ha rätt till den. Hon uttrycker även en önskan om att information om närståendevård skulle bli mer tillgänglig.

Nja, närståendevård har ju också börjat på senare tid, inte har det varit så jättelänge. Så jag vet inte om jag läste om det eller om de bjöd ut det, men dåligt har de nu bjudit ut. Man skulle ju nog söka information på andra ställen och höra sig för. Så jag vet inte vilken väg det blev, men staden har ju inte råd heller till alla närståendevårdare att avlöna dem. Så nog var han ju gratis i många år innan han började få någonting. Och jag har ju sett att inte får alla som skulle behöva få betalt för det. Och det är ju en liten summa, inte blir man ju rik på det.

- Respondent 1

Även en annan respondent håller med om att ersättningen är liten och antyder att deras ekonomi kunde vara bättre.

Jo, hon har väl nog en liten lön men det är nog inte något många det. Inte så många euron i månaden det. Det är knapert.

- Respondent 2

En annan respondent är mer positivt inställd till ersättningen. Hon uppskattar att den bidrar till att de har råd med bensinkostnaderna då de åker till sjukhuset, vilket de är tvungna att göra ganska ofta. Flera respondenter verkar ha dålig ekonomi.

Och det är ju bra. För det är ju sjukhus tre-fyra gånger i månaden ibland, och usch sådär. Det är ju hjälp till bensinen och sådant. Men nu har det varit uppehåll ett tag, peppar peppar (skratt.)

- Respondent 6

En respondent och hennes vårdtagare har avslutat närståendevårdsavtalet och fortsätter istället med informell närståendevård. De var missnöjda med stödtjänsterna som erbjöds för närståendevårdare. Dels ansåg de att den ekonomiska ersättningen var för liten, men framför allt hade de önskat andra stödtjänster t.ex. i form av avlastning.

Men att det som jag nog förvånar mig över är nog naturligtvis det att de betalade ju ut åt dig pengar över fyra månaders tid. Sen sa hon att hon inte vill ha mera, hon får inte något annat än de där pengarna, vad är det?

- Respondent 7

En respondent berättar att hennes vårdare inte ville kallas för närståendevårdare till en början. Av någon anledning tyckte han inte om benämningen. Hon berättar att han sen ändå gick med på att bli närståendevårdare, då han insåg att uppgifterna var de samma oavsett om han kallades för närståendevårdare eller inte. Dessutom uppskattar de den ekonomiska ersättningen.

Det var kanske för det där med hjälp utifrån, men också p.g.a. ordet, närståendevårdare. (skratt). Men jag sa att han måste ju iallafall hjälpa hela tiden, han måste handla och ska någonting ut, det är ju han som gör det, ja, jag vet inte. Så det var mest det där namnet. Men nu inser han att det är bra att få pengarna. För vi har ju inte så höga pensioner, utan det är ju mest det där vanliga. Man har ju inte det då man har varit själv, egenföretagare. Så nog är det bra.

- Respondent 3

En respondent menar att systemet kring närståendevården behöver utvecklas, eftersom alla saker ännu inte fallit på plats. Hon påpekar att närståendevårdaren ofta läser artiklar där något nytt upptäckts som gäller vården. Respondenten anser ändå att idén med närståendevård är god, eftersom att det inte är något fel i att bry sig om varandra.

Nå idén är ju ganska ny och den här närståendevårdarens, ska vi säga, bilden av hur den borde se ut är ju ännu inte klarlagd. Du får ju ofta i dina tidningar att det står något nytt, sådana idéer och något nytt som man får tänka efter. Nog har det ju alltid funnits, särskilt på landet, men det har inte funnits i städerna. Så det är kanske det nya. Men jag tror nog inte alls att det är något fel i att lite bry sig om varandra. Om det då ser ut lite på det ena eller det andra sättet, det är svårt att säga.

- Respondent 7

7.1.5 Tankar om äktenskapet

Majoriteten av respondenterna är gifta med sin närståendevårdare. En av respondenterna konstaterar att det är viktigt att vara snäll med varandra trots att situationen inte alltid är så lätt då den ena är sjuk.

Det fungerar bra det här. Inte... Men... Det är ju som jag brukar säga åt N att vi ska vara snälla med varandra så orkar vi nog. Ja. Men nog är det, nog fungerar det så här.

- Respondent 4

En respondent konstaterar att de ibland kan ha lite olika åsikt då det gäller kryddning av maten, men att de annars inte bråkar. Hon anser att han har en lite annan matkultur än henne då de kommer från olika ställen. Hon konstaterar att det kan vara närståendevårdarens hjälpsamma och vänliga personlighet som möjliggjort att de varit gifta så länge.

Han är ju uppvuxen... Här på skären lever de kanske lite annorlunda än där jag växte upp. Så han skulle säkert kunna leva på komjölksgröt i flera dagar han om han skulle få. Ungefär sådana diskussioner, men jag vet inte annars något negativt. För han är en sådan som ställer upp helt enkelt. Med allt. Han säger aldrig nej heller. Kanske därför har vi varit 50 år (skratt).

- Respondent 3

En respondent är glad och tacksam att hennes make inte har velat skilja sig trots att han redan länge varit hennes närståendevårdare. Hon konstaterar också att skilsmässor idag är vanliga.

N jobbade men han hade ju mig sedan, nätter och... Och han har inte skilt sig (skratt). Konstigt. Fast de skiljer sig allihopa.

- Respondent 1

En respondent konstaterar att hon och närståendevårdaren gjorde allt tillsammans förut och var som två parhästar. En annan respondent är inne på samma spår och konstaterar att närståendevårdaren varit hans högra hand ända sedan de gifte sig och flyttade in tillsammans.

Nå det är nog hela tiden efter att vi flyttade tillsammans som hon har varit andra handen åt mig.

- Respondent 4

7.1.6 Hälso- och sjukvård

Här avser jag med hälso- och sjukvård övriga vårdformer och andra tjänster än närståendevård. Flera av respondenterna har negativa upplevelser av hälso- och sjukvården. En respondent anser att hon inte skulle orka med hälsovårdssystemet om hon skulle vara sämre i skick. När man åker till sjukhuset blir man skickad till så många olika platser att det blir tungt att orka med.

För när man kommer sen till akuten så skickas man ju från ett ställe till det andra, till det tredje, till det fjärde. Så att det är nu sådant. Men skulle jag vara väldigt sjuk så skulle jag inte klara av det.

- Respondent 7

Hon anser dessutom att hon blir dåligt bemött vid sin hälsostation. Personalen där upplevs som ovänlig och opålitlig. Vid ett tillfälle inte ens fick veta varför hon skulle till läkaren följande dag. Det ledde till förvirring för både respondenten, närståendevårdaren och läkaren.

Tyvärr så tycker vi inte att vår egen hälsostation, den här på x (ort), de är inte särskilt pålitliga och framför allt så är de ganska ovänliga. För när de skickar, när de ringde hit igår och sa att vi ska då fara till huvudhälsostationen idag så fick vi inte fråga någonting. Vi skulle bara vara där och träffa läkarna. Och när vi träffade läkaren så frågade läkaren varför kommer ni hit. Och vad skulle man svara? Vi skulle inte få fråga någonting, vi skulle inte få...

- Respondent 7

Respondenten berättar vidare att hon anser att hälso- och sjukvårdspersonal ibland behandlar henne som en robot. Hon och närståendevårdaren bestämde sig vid ett tillfälle för att gå hem istället för att fortsätta vänta vid sjukhuset, då de ansåg att de blev dåligt behandlade och inte hade fått möjlighet att hinna förbereda sig.

Ja, jag sa till dem att jag är ingen robot. Jag kan inte göra... Fast de tycker att det är sådant som de behöver ta reda på, så är jag ingen robot. Jag är inte den som ställer upp på ingen tid alls, jag hade inte ätit heller dessutom så det var ju riktigt besvärligt. Så när vi beslöt att nu far vi hem, så för vi hem.

- Respondent 7

En annan respondent beskriver en situation då han fick fel medicinering för en sjukdom, vilket resulterade i dygn av oro och rastlöshet. Det blev jobbigt för både respondenten och närståendevårdaren. Läkarna trodde inte först på respondenten då han sa att han fått fel medicin, men till sist redde det upp sig.

Så sa jag åt dem där att jag vet precis vad felet är med det här jag nu, orsaken är fel medicin jag får till den här X (sjukdomen). Men inte var det som att de skulle ha trott på det. Men det släppte nog till sist, så tog de kontakt med Vasa, så sa läkaren där att han trodde inte att det var precis det felet med mig, men så sa han att det finns nog enstaka fall som inte kan med den där medicinen. Så då fick jag en ny medicin.

- Respondent 4

Några respondenter berättar om sina erfarenheter av hemservice. En respondent funderar på i vilken ålder man inte längre får sköta sin egen medicinering. Hon tycker inte om att närvårdare sköter hennes dosetter så länge hon klarar av det själv.

Men det ska jag säga, att oftast när närvårdare kommer så plockar de in medicinen i dosett, och då säger jag ”nepp, jag vill plocka mina piller själv”, att i vilken ålder är det som man inte längre klarar sina piller själv? Jag har inte kommit dit.

- Respondent 7

Det är svårt att säga om de negativa upplevelserna som respondenterna beskriver handlar om ålderism, eller om bemötandet är det samma för alla besökare eller patienter. Några respondenter tycker att det är tråkigt att hemservice-personalen har så lite tid för sina klienter nuförtiden. Besparingar överlag är något som några respondenter funderar på och de förstår inte hur man förut kunde ha så mycket service i en by när det inte längre fungerar. En respondent tycker att det är tråkigt att städningen har tagits bort från hemservice, eftersom att hon upplever att det är just städningen de skulle behöva hjälp med. Hon berättar att det var tråkigt att personalen inte hade tid att stanna längre då hon i ett skede behövde hjälp av hemservice. Hon tycker att det fungerade bättre förut.

Ja, de var bara in och gav mig, och sen pratade några ord och sen iväg. Det är ju synd, annat var det när mamma hade, de gjorde allt.

- Respondent 6

En respondent tycker att det är dåligt att personalen byts ut så ofta. De som har hunnit lära sig hur uppgifterna ska skötas blir snabbt utbytta och så kommer ett nytt gäng oerfarna hemservicevårdare in.

Men nog förstår man ju de här närvårdarna, vad skulle de kunna och de byts så ofta. Då man har kommit in i det, då de har lärt sig och vet, så då har de ställt om någonting, de hade någon patrull kallas det som var här då i början, och när de var inne i rulten så då skulle det upphöra. Så då kom jag till en annan grupp som skulle lära sig. Det tar ju tid innan de vet hur de ska göra. Somliga har inte sett liften förr och hur de ska göra med den.

- Respondent 1

Samma respondent berättar att det som kvinnlig patient tog lite tid att vänja sig vid manliga närvårdare. Förr i tiden skulle det troligen inte ha fungerat så.

Först då det blev manliga vårdare var det ju lite konstigt, men det går ju det också. Nuförtiden är det ingen skillnad.

- Respondent 1

Samtidigt är flera respondenter trots allt nöjda med systemet. En respondent anser att hälso-och sjukvården är bättre i Finland än i Sverige. En annan respondent konstaterar att ekonomiska hjälpmedel kunde vara bättre, men anser i övrigt att synskadade får väldigt bra stödtjänster i Finland.

Men annars så, med synskadade vi har ju mycket hjälp vi kan få. Det är ju allt möjligt, färdtjänst... Och det är jättebra. Och så får vi parkerings, vad kallar de det, kort, så vi får ju parkera var vi vill nästan och behöver inte betala något. Och med bilen får vi skatt tillbaka. Så jag tycker det är jättebra. Det är ju många som klagar nu, på allt och, och det förstår jag ju om de ska dra in vissa saker, men jag tycker att det är så bra... Vi har det så bra. Om vi tänker efter.

- Respondent 3

7.2 Livsloppsperspektivet

I det här temat har jag hittat följande kategorier: bakgrund, förväntningar på åldrande, upplevelser av åldrande, nya och gamla intressen samt tankar om framtiden.

7.2.1 Bakgrund

Respondenterna har växt upp i ett annorlunda samhälle än det vi har idag. En av respondenterna berättar att hon haft en normal uppväxt för en som växt upp under krigstiden och efterkrigstiden då ”det inte fanns någonting.”

Ja-a, hördu. Min barndom har väl ganska som... För det första är jag född -35. Och då hade vi ju Finland ännu i krig. Så jag är ju ett sådant barn som har upplevt kriget och följderna sedan utav kriget. Du vet, när ingenting fanns. Och jag kom från ett vanligt hem. Men så där i allmänhet, inte kan jag säga att jag har haft någon dålig barndom, men inte kan jag heller säga att jag har gått på några guldäpplen heller. Utan det har varit sådan barndom som man nu hade 1935 födda.
- Respondent 5

En respondent berättar att hon anser att det som kvinna har varit bra att växa upp med en bror, eftersom hon anser att det är viktigt för flickor att lära sig att stå på sig.

Jag tycker lite synd om de där flickorna som aldrig har haft en bror att slåss med, det är väldigt viktigt. Man får, man måste liksom ha lite motstånd.
- Respondent 7

Flera respondenter berättar om hur hushållsarbetet var kvinnans lott när de var yngre. I ett exempel berättar en respondent om att hon inte hann göra så mycket ”kärringjobb” eftersom hon insjuknade som ung, men så länge hon var frisk fick hon sköta hushållsarbetet.

Ja, jag hann ju inte börja göra så mycket, men det var på min lott att städa och diska, som kvinnorna gjorde förut. Nu delar de ju upp det, men inte då. Så vanligt kärringjobb. Han satt på soffan då han kom hem. (skratt)
- Respondent 1

En manlig respondent berättar att han och närståendevårdaren arbetade tillsammans förut, men även han bekräftar att det är frun som sköter hushållsarbetet i deras hem.

Nå vi har ju jobbat tillsammans förut. Inte har jag varit händig med att hjälpa till här inne, inte är det något många gånger jag har dammsugit precis inte.
- Respondent 4

En respondent tar upp att Finland varit i krig med Ryssland och att det påverkade deras uppväxt. Hon berättar att man aldrig fick kritisera ryssarna, utan istället acceptera att de ibland ljög. Hon anser att efterkrigstiden var en speciell tid som inte alla upplevt.

Jag tänker att så är det på många håll, men vi hade också det här med Ryssland och efterkrigstiden som jag tänker att inte alla har. Att vi fick räkna med bara sådana saker som att Ryssland hade sagt att ”vi ser till att ni får ett flygfält av oss och vi ser till att ni får ett sjukhus som ni inte hade och en skolgård”, och sen for vi och tittade på det där flygfältet och det var en skolgård. Det skulle ändå ha funnits där, men om de ville kalla det för ett flygfält så kan man ju inte säga något om det.

- Respondent 7

Samma respondent tillägger att efterkrigstiden även påverkade socialarbetets utveckling och äldreomsorgen. Det fanns så mycket att reda upp efter kriget. Det rådde även en ovisshet om vart utvecklingen skulle gå.

Jag tror att socialarbetet på den tiden kanske inte var så utvecklat då ännu, dels för att det var under tiden efter vårt krig och det var mycket saker som behövde redas upp. På ett sådant område kanske mera än annars... Man visste inte heller åt vilket håll det skulle gå.

- Respondent 7

Några av respondenterna har själva erfarenheter av att ta hand om äldre anhöriga, eftersom äldreomsorgen inte var så utvecklad då de var yngre. En respondent och hans fru har bott i samma hus som sina föräldrar då föräldrarna blev gamla. En annan respondent berättar att det var vanligt att äldre också fick hjälp av sina grannar förut.

Ja, så länge de orkade. Tror jag. För mamma hade hand om en äldre farbror här som, han hade också cancer. Det hette ju kräfta då. Ända tills... Ja, nog somnade han in där hemma.

- Respondent 6

En annan respondent vårdade sin pappa ända tills han fick fel i prostatan. Då först hamnade han in på sjukhus och därefter in på en åldringsanstalt. Hon konstaterar att han skulle ha repat sig bättre efter en stroke om det hade hänt idag, eftersom det inte fanns rehabiliteringstjänster på den tiden.

Jag var som en närståendevårdare. Men då fick han fel i prostatan, och han kom till sjukhuset därifrån. Och efter det så kom han dit till... Det var som en åldringsvård. Han hade ju eget rum och egna kläder. Och sen fick han en stroke och skulle han ha blivit något rehabiliterad så skulle han ju ha repat sig. Men inte fanns det något sådant på den tiden inte. Inte någonting.

- Respondent 5

En respondent konstaterar att man förut brydde sig mer om nära och kära, men att det tankesättet inte finns kvar på samma sätt idag. Respondenten konstaterar att hennes förväntningar på åldrande har ändrats i och med denna förändring.

Jo! Visst har det! Kanske mycket av det, inte vill jag säga att åldringar är annorlunda nu än vad de var tidigare, men man tänkte mycket mer i familjer tidigare. Familjen som brydde sig om några människor eller släkten som fanns nära till, och det där har på något vis slagits sönder. Det finns väldigt lite av det.

- Respondent 7

7.2.2 Förväntningar på åldrande

På frågan om vilka förväntningar respondenterna hade på åldrande när de var unga, svarar de flesta att de inte hade några stora förväntningar. En respondent berättar att hon tyckte om att dansa och ha roligt förut såsom ungdomarna gör. Man tänkte inte så mycket på framtiden, bara att man kanske skulle hitta någon att gifta sig med någon gång.

Inte tänkte man ju att man skulle bli så här sjuk eller så här dålig inte. Inte hade jag väl några stora förväntningar. Jag tyckte om att dansa, där var jag ju... Så inte tänkte man nu så långt framåt inte. Man skulle väl nog gifta sig någon dag säkert. Nej man bara var med i vimlet då och hade roligt förstås. Som ungdomarna har.

- Respondent 1

En annan respondent är inne på samma linje och tänkte att man skulle vara evigt ung.

Nä, så långt tänkte jag inte (skratt). Näe... Så nä. Man trodde väl inte att man skulle bli gammal. Då var man evigt ung. Det är ju så.

- Respondent 2

En respondent tänkte inte heller mycket på åldrande när hon var ung, men menar att hon hade sett fram emot att syssla med handarbete och tillverka saker åt sina barnbarn. Det är något som

hon saknar eftersom hon på grund av sitt hälsotillstånd inte kan handarbete längre. Däremot anser hon inte att hon gått miste om resande, eftersom hon aldrig varit intresserad av det eller haft möjlighet till det eftersom de har haft ett växthus.

Det var inte många det (skratt). Iallafall så har jag varit en sådan som, så länge jag klarade av det, som tyckt om handarbete, att sticka och sy och allt sådant. Så då tänkte jag ju att när barnbarnen kommer så kan man ju hjälpa till där. Men det blev ju inte så. Så det saknar jag mest som man har tänkt att då man blir pensionär, så... Men inte resande och sådant, det har inte varit för mig. Och det kan ju bero på att vi hade växthus så inte slapp man ju, utan man skulle vara hemma hela tiden.

- Respondent 3

7.2.3 Upplevelser av åldrande

Olika typer sjukdomar och hälsoproblem är något som alla respondenter har varit tvungna att uppleva. Några respondenter konstaterar att det förstås är normalt att drabbas av sjukdomar i den ålder som de befinner sig i, och att det finns andra som har det värre. Trots det verkar det för vissa respondenter ha kommit som en stor besvikelse och kanske t.o.m. en chock att drabbas av sjukdom och försämrad funktionsförmåga. För dem har åldrandet blivit en stor besvikelse, medan andra har ett mer accepterande synsätt. En respondent berättar att han ibland undrat vad han har gjort för fel i livet, när han måste genomgå den situation han upplever.

Nå, inte vet jag nu... Nå, det här som kom på mig nu, inte var det ju precis något önsketänkande. Inte alls, långt därifrån. Jag har nog tänkt många gånger ”men vad har jag gjort för ont i livet som ska få det här.

- Respondent 4

En respondent beskriver också den nya situationen som något varken vårdtagaren eller vårdaren hade kunnat förutspå. Hon beskriver deras sista tid som eländig och jämför med tiden förut då de varit aktiva.

Och sen när N hör att jag smäller, så då vet han ju att jaha, nu ligger jag på golvet. Så då kommer han och lyfter upp mig. Men att de här sista åren skulle vara så här eländiga så det har nog varken han eller jag fantiserat. (paus). För att vi har ju varit väldigt aktiva.

- Respondent 5

En respondent beskriver ett mer neutralt förhållningssätt till sitt åldrande och det nya hälsotillståndet. Hon tycker inte att man ska ta saker och ting på för stort allvar, utan försöka leva ändå.

Ja, nu har jag fått osteoporos, det är det senaste. Ja, det känns nog då jag går som att benen inte riktigt vill följa med (skratt). Men att annars vet jag inte något skilt. Jag tar inte så allvarligt på livet att jag tycker att det är hela världen, att somliga saker går dåligt eller att man inte kan vara med om allt. För jag tycker inte att det är viktigt. Man ska kunna leva ändå.

- Respondent 7

En respondent beskriver dagen då hon för första gången kom hem från sjukhuset i rullstol. Hon berättar att hon grät och upplevde det som en stor sorg eftersom att hon tidigare varit en väldigt aktiv individ, men konstaterar att hon med tiden har börjat acceptera den nya situationen.

Men sen var det som att jag skulle ha accepterat att jag har rätt att sitta i rullstol. Att det har kommit sådär att det här är mitt liv nu, och jag har inga andra möjligheter. Utan jag får ju vara glad när jag kan gå med rullator, att jag kan gå till vessan själv, att jag kan klä på mig själv på morgnarna och att jag kan klä av mig.

- Respondent 5

En respondent beskriver hälsoproblemen som något som kom plötsligt och sen stannade kvar. Hon upplever att det som frustrerande att inte orka göra någonting och att hon snabbt får värk då hon rör sig.

Precis allt på en gång kom det. Och sen har det suttit i, tycker jag. Det värsta är när man inte orkar något. Så står man en liten stund och sen säger man "åh jag är så trött i ryggen". (skratt). Likadant och gå. En liten bit och så pyser man.

- Respondent 6

En respondent jämför sitt tidigare jag då hon ännu var frisk med sin nya situation då hon mestadels är sängliggande. Hon beskriver att det förut fanns en känsla av att allt är möjligt, medan hon nu mest tittar upp i taket.

Ja-a, vet du... Inte skulle jag ju ha kunnat tro att det skulle bli så här. För att jag har ju varit en sådan människa så det har varit chip, chip, chip, chip, chip. Allt har gått. Så jag måste faktiskt säga att det var en total överraskning att de här sista åren skulle bli så här. /.../ Att det har varit... Och nu gör jag ingenting. Hördu, jag gör ingenting. Enda jag gör är att jag ligger och ser upp i taket.

- Respondent 5

En respondent beskriver en svår situation då han för första gången fick epilepsi och dessutom fel medicinering för epilepsin. Han beskriver det som en svår situation för både honom och närståendevårdaren.

Ja, inte är det så lätt inte. För henne heller. Och inte för mig. Det var nog ett tag, jag fick ju epilepsianfall, två anfall, efter stroke. Och så fick jag fel medicin för den här epilepsin. Och det var nog ett helsike. Jag fick ro varken natt eller dag. Vi blev nog så slut så vi satt båda två på sängkanten och grät.

- Respondent 4

En respondent jämför sina upplevelser av åldrande och sjukdom med sådana som lider av samma hälsoproblem som hon själv. Hon upplever att hon haft möjlighet att hantera sjukdomen bättre än många andra. Respondenten funderar på om det kan bero på att sjukdomen har kommit gradvis.

När jag just haft problem med ögonen så har det hela tiden kommit småningom så nu fast jag inte ser någonting så är det inte på samma sätt för vissa som har det svårt när de börjar bli sämre, fast de inte är blinda. Jag upplever i föreningen att det är så svårt och ojoj, men jag har inte upplevt det.

- Respondent 3

Samma respondent funderar vidare på dessa jämförelser och konstaterar att det också kan ha att göra med att hon varit egenföretagare och därför inte förlorat sitt arbete till följd av sin synskada. Istället har hon haft tid och möjlighet att anpassa sig och sin situation vartefter hälsotillståndet har förvärrats. Hon tillägger att hon heller har behövt förlora körkortet, vilket är något som många upplever som jobbigt. Hon har inte behövt gå igenom det, eftersom hon aldrig har ägt ett körkort.

Ja, det måste vara det. För när vi har varit på olika kurser så är det olika för ny-synskadade, för det är olika problem och olika åldrar. Så när de har suttit och pratat, och vi har alltid en psykolog med, så har det varit så och så och så, och när det har kommit till min tur så har jag sagt att jag inte har haft något problem. Jag vet inte vad det beror på. Det kan jag inte förstå. Men det är klart att för någon som är ute på en arbetsplats i arbetslivet och måste sluta, så då kan det säkert kännas svårt. Och t.ex. mista körkortet. Men det har jag aldrig gjort för jag har aldrig haft ett (skratt). Men det är många som har problem då. Men det slapp jag också.

- Respondent 3

7.2.4 Nya och gamla intressen

När respondenterna ombeds berätta om vad de är bra på, har majoriteten av respondenterna svårt att komma på något att säga. En respondent säger att han inte vill skryta på sig själv, medan flera andra behöver fundera en stund förrän de kommer på något de är bra på. En respondent anser att hon inte är intresserad av någonting och att hon inte är bra på något eftersom hon inte klarar av att göra något.

Ingenting. Jag är inte intresserad av någonting precis. Som sagt, inte läser jag ju någonting. Och vad skulle jag vara bra på, som inte kan göra någonting.

- Respondent 1

Flera kvinnliga respondenter nämner att de tidigare varit duktiga på handarbete, men att det är något som de flesta tyvärr inte längre klarar av p.g.a. försämrat hälsotillstånd. En respondent berättar att lusten till handarbete försvann då hon fick problem med liggsår. Som tur hittade hon ett nytt intresse.

Förut handarbetade jag mycket och virkade och tyckte om det, och sen började jag sy korsstygn och... Men den lusten for nog före jag fick det där i baken. Bara plötsligt ville jag inte det där mer. Jag provade flera gånger, men annars satt jag ju hela dagen med det. Men så blev det så enformigt då jag slutade så hade jag ingenting att göra, för jag vill inte läsa något. Jag hade nog tänkt på data, om jag skulle behöva köpa en sådan. Men jag tänkte att nä, inte kan jag det heller. Men så köpte jag en på prov då, så den är jag på varje gång jag är uppe. Inte kan jag något mycket på den, men jag spelar mest de där spelen och så skriver jag på Facebook till barnbarnen och några vänner.

- Respondent 1

Dator och TV-program är något som majoriteten av respondenterna sysselsätter sig med. En respondent kommer först inte på något att svara på frågan om vad man är bra på, men berättar sen om sina favoritprogram på TV. Han erkänner också att han är ganska duktig på det och att det är roligt att lära sig något nytt.

Idag? Ingenting. Att se på TV (skratt). Det tycker jag om. Jag tycker om Vem vet mest och på fredag och lördag så är det Postkodmiljonären. Det där är två fina program som jag aldrig kommer att sluta se på. /.../ Janå, nog kan man ju en hel del saker. Det är roligt att vara med, alltid då det kommer några nya saker som man inte har hört eller glömt.

- Respondent 2

En respondent har engagerat sig i sin sjukdomsförening. Hon sitter med i styrelsen, föreläser och utbildar andra i punktskrift. Hon funderade på att inte längre vara med i styrelsen, men konstaterade sedan att hon ska fortsätta för gemenskapens skull.

Ja, på det viset... För vi ska ha höstmöte och styrelsen ska väljas om, och de sa att nog fortsätter du väl. Nja, sa jag för jag har funderat och funderat och nog skulle jag kanske behöva börja sluta, för jag har varit med i åtta år nu. Men så har jag tänkt, vi har ju ändå en gång i månaden åtminstone, och slutar jag i styrelsen så hamnar jag utanför på något vis. Så känner jag, det är inte samma med föreningen då, men det finns ju de som aldrig vill vara med i en styrelse också. Så jag har beslutat att jag ska fortsätta ännu.

- Respondent 3

En respondent konstaterar att hon har hållits ung länge eftersom hon arbetat med ungdomar. Hon hade varit lite orolig innan pensionslivet skulle börja, men hon konstaterar att hon är nöjd med tillvaron och att det finns mycket att sysselsätta sig med. Pensionärslivet blev inte alls så lugnt som hon hade föreställt sig.

Jag kan säga en sak för det första, jag blev inte så fort åldring. Jag hade haft så mycket med barn och ungdomar att göra, och då håller man ganska mycket i sådant också i fortsättningen. Men det var när vi flyttade hit till x (ort), det var då som vårt pensionärsliv började. Du kommer ihåg att jag hade alla möjliga funderingar om vad man kunde göra. Men det finns ju väldigt många saker som de erbjuder från olika föreningar eller museer eller, man kan gå och titta på en massa saker om man vill. Eller delta i resor, att det finns ju väldigt mycket. Men inte kan jag säga att jag hade några särskilda förväntningar, jag tänkte nu bara att jag lever nu här ett lugnt liv men det var det ju inte alls (skratt).

- Respondent 7

En respondent berättar att hon och närståendevårdaren tidigare tyckte om att vara på sommarstugan tillsammans med andra släktingar och familjemedlemmar, men respondentens lust att vara vid sommarstugan försvann till sist i och med åldrandet.

Nu i våras sålde vi, vi hade en villa tillsammans med syster och hennes karl villan i (ort). Vi har varit där över trettio år, nog var det roligt, det var bilväg dit. Barnbarnen var små, först var barnen små, x (dotterns namn) var sex-sju år då vi köpte den, och sen hennes barn var där. Så nog var det roligt då, men sen då man blev äldre och satt där och kuckade, så nog hade jag leidon.

- Respondent 1

7.2.5 Tankar om framtiden

En respondent berättar om sin önskan att bli friskare så att de ska kunna fortsätta bo hemma. Om han skulle bli i bättre skick så skulle situationen bli lättare för både honom och närståendevårdaren.

Det är klart att inte är det något trevligt det här. Nog skulle vi helst vilja att jag skulle bli frisk någorlunda. Då skulle det bli lättare för henne och för mig. Nog är ju livet lite som ett helsike så där som det är nu. Det är ju nog min önskan att jag ska bli så frisk som möjligt. Det är ju det jag önskar nu.

- Respondent 4

En annan respondent nämner sin tro som ett sätt att handskas med framtids tankarna. Hon anser att man inte behöver tänka så mycket på vad som händer då man tror på Gud, eftersom man ändå inte kan styra framtiden. Istället får man förlita sig på Gud.

Om jag säger så här, det låter kanske lite enkelt att säga det så, men tror man på Gud så tror man på framtiden. Och då behöver man inte så mycket blanda sig i vad som händer, för det är många saker som blir annorlunda än vad man har tänkt och man accepterar det.

- Respondent 7

Även tankar om döden kommer upp i intervjuerna. En respondent funderar på huruvida det är någon vits att längre operera sina ögon eftersom hon inte vet hur lång tid hon kvar.

Och sen så borde jag gå och starropera högra ögat, men det är något som jag har skjutit på, att nåja, kanske jag klarar mig, man vet ju inte hur många dagar man har kvar.

- Respondent 5

En respondent känner sig redan nu redo för att dö och tänker inte så mycket på framtiden.

Nä, det skulle nog få vara dags att dö... Så inte tänker man så mycket på det. Det går som det går.

- Respondent 1

En annan respondent konstaterar att han kommer att bo på samma ställe hela sitt liv. Nästa steg blir himlen.

Så här har jag bott hela mitt liv, hittills då. Om jag flyttar något mera nu, då blir det knappast långa vägar. Det blir väl himlen eller... Inte nere då. Nästa steg.

- Respondent 2

En annan respondent har också funderat på döden. Hälсотillståndet har gradvis försämrats och hon gissar att det är balansproblemen som blir hennes slut.

Det här har börjat egentligen redan för tio år sedan, men det har ju kommit gradvis bara mera och mera. Så det här blir väl sen, du vet, mitt slut. Att jag faller någon gång. Jag lämnar.

- Respondent 5

7.3 Reciprocitet

I det här temat har jag funnit kategorierna möjligheter till reciprocitet, tankar om reciprocitet och seriell reciprocitet.

7.3.1 Möjligheter till reciprocitet

Reciprocitet handlar om balansen mellan att ge och ta i en relation. Jag undersökte äldre vårdtagares möjligheter till reciprocitet genom att fråga vad de brukar hjälpa till med hemma och vad de tidigare brukade hjälpa till med. Majoriteten av respondenterna svarar att de inte gör nästan någonting hemma, utan det är närståendevårdaren som får sköta allt. Men efter lite

betänketid kunde ändå de flesta respondenterna komma på något som de brukar hjälpa till med. En manlig respondent berättar att han tidigare inte brukade hjälpa till med hushållsarbetet, vilket är i enlighet med de tidigare resultaten, men han berättar att han iallafall har en uppgift i hemmet som han klarar av.

Det är inte några stora saker. Men sen jag fick stroke har jag nog börjat kunna röra på mig, så jag hjälper till med att plocka i diskmaskinen och plocka ur den ibland. Så man har en liten uppgift i hushållet då iallafall.

- Respondent 2

En respondent berättar att hon brukar läsa upp receptet för närståendevårdaren då han lagar mat. Hon anser att det är det enda hon kan hjälpa till med.

Nog läser jag upp recepten åt N då han kokar så vi får någon sorts mat. Han har nog kokat alla tider nu sen mamma slutade koka förstås, så nog kan han ju, men om det ska vara något annorlunda så. Så inte något annat.

- Respondent 1

En respondent berättar att hon också brukar hjälpa till med matlagning. Hon kan skära grönsaker och skala potatis bara hon får sitta ner då hon gör det. En annan respondent berättar att hon kan hjälpa till med en hel del i hemmet, men hon har behövt komma på olika knep för att kunna göra det eftersom hon är synskadad.

Det finns många knep sist och slutligen bara man kommer på det och tänker att sådär måste jag ställa det. Så det finns många knep man kan använda. Jag kan också leta i skåpen efter någonting han söker, för inte hittar ju karlar någonting (skratt). Men jag sitter in handen, som en hög med kläder, och då vet jag precis var det är. Men inte han.

- Respondent 3

En respondent anser att hon och närståendevårdaren kan hjälpas åt ganska långt och kompletterar varandra på det sättet. Den ena sköter en viss uppgift som hon tycker om och den andra någon annan uppgift istället.

Nå det finns vissa saker som jag inte klarar av så bra. Och så hjälper jag henne med sådant som hon inte klarar av. Hon tycker inte om att laga mat och det gör jag gärna.

- Respondent 7

Respondenterna nämner också att man kan hjälpa varandra genom att ge varandra smakråd, boka tider till t.ex. frisören för varandra och hjälpas åt med räkningar. Andra sätt att hjälpa är också att ta hand om sig själva i så lång utsträckning som möjligt, t.ex. genom att klä på sig själv så att inte närståendevårdaren behöver göra det. Några respondenter nämner även att de ibland kan ge olika råd till sina närståendevårdare eller hjälpa till med att formulera brev eller räkna då de sköter ekonomin. En respondent nämner även det att vara vänlig som ett sätt att hjälpa till.

7.3.2 Tankar om reciprocitet

Flera av respondenterna önskar att de skulle kunna hjälpa till mer hemma. En respondent anser att hon inte klarar av att göra nästan någonting hemma och berättar att närståendevårdaren har ganska mycket uppgifter.

Ja, det skulle vara roligt det, men som sagt var, inte kan jag ju någonting. Han får nog göra allt möjligt han.

- Respondent 1

Även en annan respondent berättar att han gärna skulle hjälpa till mer hemma, men han anser att situationen är som den är.

Det är mycket man skulle vilja hjälpa till med. Men om man inte klarar av det så är det färdigt då. Då går inte det.

- Respondent 2

En respondent väljer att se på det hela med lite humor. Hon berättar att hon är bra på att ta emot hjälp och räds inte för att delegera uppgifter heller.

För jag är bra på att ta emot hjälp. Och jag är bra på att vara arbetsledare också, brukar jag säga (skratt).

- Respondent 3

En respondent nämner att det känns bra då man klarar av att bidra med något där hemma.

Jo, det är ju bra. Man är ju riktigt nöjd då man kan göra något (skratt).

- Respondent 6

En respondent anser att hon blivit så gammal att det nuförtiden räcker med att hon kan klä på sig själv.

Nå jag måste säga, att när jag kom från sjukhuset sen, så... (paus). Jag gav upp helt enkelt. Jag gör ingenting. Jag tycker att bara jag får kläderna på och av, så jag är åttio år. Det får räcka.

- Respondent 5

7.3.3 Seriell reciprocitet

Flera respondenter berättar att de och make/makan gjorde det mesta tillsammans förut. Även om några kvinnor skött en större del av hushållsarbetet så upplever flera respondenter att de fungerat som ett team. Några av respondenterna har dessutom arbetat tillsammans och ägt företag med sin partner förut. Kvinnliga respondenter har dessutom tillverkat handarbeten till nära och kära och hjälpt till med att sköta barnbarnen. En respondent berättar att hon hållit på med handarbete och framför allt lekt mycket med barnbarnen och tagit sig tid för dem förut.

Ja, det var det här handarbete jag tyckte om förut. Och barnbarnen som sagt, då de var små så såg jag efter dem det jag kunde. Hade tid att prata och leka. Nog har vi lekt hela tiden.

- Respondent 1

En respondent har egen erfarenhet av att vara närståendevårdare då hon vårdat sin pappa förut. Hon hade fullt upp med arbete och sedan vårduppgifterna på fritiden. Till sist åkte pappan in på ett äldreboende där han också trivdes, därför att han inte ville att hon skulle arbeta för mycket.

Men sen var han på x (namn på äldreboende) och där trivdes han bra, därför att han tyckte att jag hade för mycket arbete. För att jag gick ju via honom på morgonen före jag gick till arbetet och såg att han hade något att äta, och före jag kom hem så gick jag via honom, och så gick jag hem och kokade. Och förde sen den där varma maten åt honom.

- Respondent 5

Samma respondent berättar att hon periodvis skött alla uppgifter i hemmet, eftersom hennes man har arbetat på sjön. Hon berättar att hon varit en väldigt aktiv person.

Han har varit på sjön. Han är maskinmästare. Så jag har ju varit mycket hemma allena. Och när man är mycket hemma allena, så blir det ju att man får ta lite, det var ju snöskottning och snöröjning och gården skulle räfsas. Och som sagt var, då när jag blev pensionerad så började jag med lappteknik. Och det var ju väldigt trevligt, och när jag var allena sen så fick jag ju dra ut, och N sa när han var hemma att jag trådar riktigt i håret. (skratt). Att jag har varit sådär aktiv, om jag nu får skryta.

- Respondent 5

8 Sammanfattande diskussion

I Finland ökar andelen äldre, vilket innebär att det finns ett behov av ekonomiska lösningar samtidigt som vårdkvaliteten tryggas. Närståendevård är en för samhället förmånlig vårdform, som dessutom går hand i hand med målsättningen att allt fler äldre ska bo hemma samtidigt som institutionsvården minskar. Social- och hälsovårdsministeriet arbetar på att utöka närståendevården.

Forskning inom närståendevård visar att närståendevårdare upplever sin situation som givande men tung. Forskning visar även att närståendevårdarens känslor av stress och oro inverkar på vårdtagarens välbefinnande. Vårdtagares upplevelser av närståendevård har inte fått lika mycket uppmärksamhet som närståendevårdarens upplevelser och det finns därför ett behov av att ytterligare undersöka denna aspekt.

Kombinationen av teori och empiriska resultat ger en god grund för att öka förståelsen inom ett område. Tillämpningen av socialgerontologiska teorier inom forskning ökar, men är fortfarande bristfällig. Jag har i den här avhandlingen redogjort för socialgerontologins utveckling från gamla teorier såsom disengagemangsteorin till dagens teorier som är mer tvärvetenskapliga och mångfacetterade. Jag har fokuserat på två av de mest tillämpade teorierna på 2000-talet – livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Enligt livsloppsperspektivet måste man utgå från hela livsloppet om man vill förstå en äldre individ. Man bör även ta i beaktande faktorer som rör enbart individens personliga liv samt faktorer som rör det samhälle individen växt upp i.

Enligt utbytesteorin utgår man från att människan förväntar sig lika mycket tillbaka som hon ger. I balanserade utbytesrelationer är tillfredsställelsen hög. Det finns en risk för att äldre inte kan upprätthålla balanserade relationer, eftersom deras kunskaper och resurser inte alltid värdesätts i dagens samhälle. I en obalanserad relation kan det hos mottagaren uppstå känslor av beroende och ensamhet.

Syftet med min avhandling har varit att undersöka äldre vårdtagares upplevelser av närståendevård och åldrande med hjälp av livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin. Jag har använt mig av semi-strukturerade intervjuer och intervjuat sju svenskspråkiga närståendevårdtagare i åldern 71-80 år.

Resultaten visar att respondenterna i min studie upplever närståendevård som en överlag positiv vårdform. De uppskattar att få vara hemma och vårdas av någon de känner. Närståendevårdarna vet hur vårdtagarna vill bli vårdade och vad de klarar av. Vårdtagarna får visa sin irritation och vara sig själva i närståendevårdarnas sällskap. Närståendevård innebär att vårdaren alltid finns tillhands.

En del vårdtagare anser att de inte skulle lita lika mycket på utomstående personal. Dessutom anser en del respondenter att hemservice-personalen byts ut alltför ofta och har för lite tid för sina klienter. Så fort personalen lärt sig rutinerna byts de ut mot en ny patrull. Några respondenter har negativa upplevelser av sjukhusvården. En respondent har upplevt att personalen där inte trodde på honom när han ansåg att han fått fel medicinering, medan en annan respondent berättar att man på akuten behandlas som en robot. Man skickas hit och dit utan att få veta varför. På hälsostationen upplever respondenten att personalen är opålitlig och ovänlig. Samtidigt är en del respondenter nöjda med hemservice-personalen och en respondent anser att intervallvården på bäddavdelningen fungerar bra. Närståendevård verkar ändå ses som den bästa vårdformen.

Alla respondenter anser att valet på närståendevård har förefallit naturligt. En del respondenter känner inte till om de har haft eller har andra möjligheter eller alternativ. Det framkommer att också informationen om närståendevård är bristfällig.

Även om vårdtagarna upplever närståendevården som övervägande positiv finns det också utmaningar. Flera respondenter anser att närståendevården är bindande för vårdarna och att de

borde få större ekonomisk ersättning för sina insatser. En del vårdtagare märker att närståendevårdarnas ork tryter ibland och att de då blir på dåligt humör. Främst upplever vårdtagarna frustration i sin situation som sjuk. Flera skulle gärna hjälpa till mer hemma och inte vara så beroende av vårdaren. Respondenterna oroar sig också för närståendevårdarens hälsa i nuläget och i framtiden. Många upplever en oro och ovisshet inför framtiden och vill helst inte hamna in på någon anstalt. Samtidigt är flera medvetna om att de antagligen kommer att behöva flytta någonstans i framtiden då orken inte längre räcker till att ta hand om ett egnahemshus. Utmaningarna som vårdtagarna upplever i närståendevård tenderar att handla om andra faktorer än relationen till vårdaren. Istället oroar sig vårdtagarna för framtiden eller mår dåligt på grund av sin hälsa.

Flera upplever det som en stor besvikelse att bli sjuk och få nedsatt funktionsförmåga. Trots respondenternas höga ålder upplever flera att det är svårt att acceptera att man inte längre klarar av att vara lika aktiv som förut. Flera respondenter har levt ett mycket aktivt liv förut och har svårt att vänja sig vid den nya situationen. Det verkar som att det inte går att förbereda sig för att åldras och bli sjuk. De flesta respondenterna verkar ändå vara relativt nöjda med sin nuvarande situation, medan några respondenter upplever mer ångest och frustration. En respondent beskriver sin nuvarande situation som ett helsike, medan en annan väntar på att få dö. Döden är ett ämne som flera respondenter tar upp.

Respondenterna upplever överlag inte svårigheter med att ta emot hjälp av vårdaren. En del skulle gärna hjälpa till mera, medan andra anser att de redan hjälper till genom att utföra de uppgifter som de ännu klarar. Andra accepterar att de behöver mycket hjälp och att situationen ser ut som den gör. Respondenterna verkar inte uppleva sig som maktlösa eller missnöjda trots att det råder en obalans i utbytesrelationen. Kanske finns där en seriell reciprocitet med i bilden, men det är svårt att säga. Istället verkar den nära och långa relationen ses som bakgrunden till situationen. Man oroar sig inte speciellt mycket för att vara en börda efter alla år tillsammans utan litar på att den andra vill ta hand om en.

Den nära relationen innebär också att vårdtagarna kan vara öppna med sina tankar och känslor inför närståendevårdaren. Det kan vara därför flera vårdtagare önskade att också vårdaren deltog i intervjun eller lyssnade på. Samtidigt kan denna önskan bero på en oro för att säga fel eller inte komma ihåg rätt. Alternativt kan vårdtagarna ha känt sig tryggare i situationen med vårdaren i närheten av hälsorelaterade eller andra orsaker.

Jag har tillämpat livsloppsperspektivet och den sociala utbytesteorin i den här studien. Livsloppsperspektivet innebär att man inte kan förstå en äldre individ utan att ta i beaktande t.ex. tidigare skeden på personlig och samhällelig nivå. Jag anser att den nära relationen vårdtagaren och vårdaren emellan är en av de största orsakerna till att närståendevård upplevs som en god vårdform. Relationen, som sträcker sig långt tillbaka i tiden, möjliggör att vårdtagaren känner tillit till vårdaren och vågar vara sig själv i vårdarens sällskap.

Respondenterna i min studie har växt upp i ett annat Finland än det vi har idag på 2000-talet. Respondenterna är födda på 1930- och 1940-talet, vilket innebär att de växt upp i krigstider då det rådde osäkra tider i Finland. Också jämställdheten såg ut på ett annat sätt då respondenterna växte upp. Kvinnorna har fått sköta hushållsarbetet ensamma, även om de också haft annat arbete. Majoriteten av respondenter berättar att de arbetat hårt i sina liv. En del vårdtagare och vårdare har arbetat tillsammans i t.ex. växthus eller skogen. Äldrevården var inte lika utvecklad när respondenterna var unga, och det var vanligt att familjen tog hand om sina äldre och sina grannar. Man kan tolka dessa bakgrundsfaktorer som att respondenterna i min studie har varit vana vid att arbeta hårt och ta hand om varandra, vilket gör att de upplever det som naturligt med närståendevård.

Med hjälp av den sociala utbytesteorin kan man tolka den seriella reciprociteten som en anledning till att respondenterna i min studie upplever sin situation som positiv, trots att majoriteten av dem inte kan hjälpa till så mycket därhemma. Samtidigt kunde alla nämna något de hjälper till med såsom t.ex. råd. Respondenterna verkar ovilliga att skryta om sig själva, vilket också kan inverka på att de inte nämnde flera saker de gör som kan vara till nytta för vårdaren. Jag anser att jag inte fann det understöd jag trodde att jag skulle finna för att reciprocitet inverkar på upplevelsen av närståendevård. Det verkar istället vara den nära relationen som gör att vårdtagarna förlitar sig på och accepterar att vårdaren vill ge god vård och omsorg till dem, istället för att bakgrunden skulle handla om seriell reciprocitet. Samtidigt är denna upptäckt också ett svar på min frågeställning om vilken betydelse reciprocitet har för vårdtagaren. Reciprocitetens betydelse för vårdtagaren är inte så stor som jag hade förväntat mig, trots att vårdtagarna önskar att de skulle kunna hjälpa till mer hemma.

Min femte frågeställning handlar om livsloppsperspektivet och vilken betydelse vårdtagarens tidigare livsskeden har för upplevelsorna av närståendevård. Det svåra med

livsloppsperspektivet är att urskilja ett visst fenomen eller hur fenomenet påverkar en individ. Istället bör man ta i beaktande många faktorer och utgå från att de hänger ihop. Respondenternas upplevelser av närståendevård beror därför på många olika faktorer. Den slutsats jag drar är att tidigare livsskeden har en stor betydelse för upplevelserna av närståendevård. Respondenternas positiva upplevelser av närståendevård ser jag till stor del som ett resultat av vårdtagarens och närståendevårdarens långa, kärleksfulla relation.

Något som överraskade mig var när en del respondenterna berättade att de inte har kunnat tro att deras ålderdom skulle se ut som den gör. De har inte kunnat föreställa sig att de skulle bli sängliggande t.ex. Samtidigt finns det vissa som trots allt är nöjda i sin situation medan andra hanterar anpassningen sämre och låter deprimerade. Det finns ett behov av att undersöka vad det är som gör att vissa hanterar åldrandet bättre än andra, samt utreda hur man kan stöda äldre som mår psykiskt dåligt. Som tidigare nämnt borde man överlag sprida mer information åt äldre också om olika vård- och boendemöjligheter. Man borde även vidareutveckla stödtjänster för närståendevårdare för att minska på stress och frustration i hemmen. Dålig ekonomi är något som uttrycktes mellan raderna av flera respondenter.

I min studie har jag utgått från etiska principer och varit noggrann med att inte förvränga eller påverka resultaten, varken i intervjusituationen eller i analysen. Speciellt respondenternas anonymitet har jag värnat om för att undvika att skada dem. En brist i denna studie är att närståendevårdarna närvarade under intervjusituationen i några fall. Tyvärr kan man inte med säkerhet veta ifall eller hur mycket närståendevårdarens närvaro påverkade vårdarens svar i de fall där vårdaren närvarade. Bortsett från det anser jag att studien är tillförlitlig. Jag har samlat in mycket material och belyst många olika teman. Jag har dock intervjuat enbart sju respondenter och man kan därför inte generalisera deras subjektiva upplevelser till vårdtagare överlag.

Eftersom närståendevårdtagares upplevelser är relativt outforskade finns det många kunskapsluckor som framtida forskning kunde fylla. Man kunde genomföra större forskningsprojekt med flera deltagare för att skapa en mer generell överblick över vårdtagares situation. Man kunde jämföra vårdtagares upplevelser i olika länder för att undersöka t.ex. olika kulturers inverkan på upplevelser av närståendevård eller olika social- och hälsovårdssystemers inverkan på närståendevård. Man kunde också genomföra forskningsprojekt där man undersöker både vårdaren och vårdtagaren för att närmare analysera situationen ur två

perspektiv. Man borde ytterligare undersöka sambandet mellan närståendevårdarens och vårdtagarens välbefinnande för att trygga vårdkvaliteten och båda parter välbefinnande. Jag anser även att man borde jämföra upplevelserna av närståendevård med andra vårdformer t.ex. hemservice för att kartlägga för- och nackdelar och därmed få information om hur man borde utveckla vården.

Resultaten i min studie visar att respondenterna upplever närståendevård som en god vårdform, men det skulle trygga både vårdtagarens och närståendevårdarens välbefinnande ifall man vidareutvecklade stödtjänsterna för närståendevårdaren. Det skulle även vara bra att sprida kunskap om andra vårdalternativ och möjligheter som närståendevårdare och vårdtagare har både i situationen de befinner sig i just nu och också i framtiden. Med en preliminär plan för hur man gör när t.ex. någons hälsa försämras skulle oron för framtiden lindras.

Källförteckning

Alley, D.E., Putney, N.M., Rice, M., & Bengtson, V.L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990–2004. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5), 583-590. doi: 10.1093/geronb/gbq053

Andersson, L. (red). (2001). *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, L. (2004). Ålderism – det finns! *Äldre i centrum*. Hämtad 11 februari, 2015 från: <http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2004-2002/Nr-32004--Karlekens-laga/Alderism--det-finns/>

Bengtson, V. L., Burgess, E. O., Parrott, T. M. & Mabry, J. B. (2006). Ingenting är mer praktiskt användbart än en god teori. I L. Andersson (Red.). *Socialgerontologi*, (s. 17-43). Lund: Studentlitteratur.

Borg, C. & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 427–438. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00424.x

Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Cox, E. O., Green, K. E., Seo, H., Inaba, M. & Quillen, A. A. (2006). Coping With Late-Life Challenges: Development and Validation of the Care-Receiver Efficacy Scale. *The Gerontologist*, 46(5), 640–649. doi: 10.1093/geront/46.5.640

Dannefer, D. & Kelley-Moore, J. A. (2010). Theorizing the Life Course: New Twists in the Paths. I V. L. Bengtson, M. Silverstein, D. Putney & D. Gans (Eds). *Handbook of Theories of Aging* (pp. 389-412). New York: Springer.

Dannefer, D. & Phillipson, C. (Eds). (2013). *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. London: SAGE Publications.

Ejem, D. B., Drentea, P. & Clay, O. J. (2015). The Effects of Caregiver Emotional Stress on the Depressive Symptomatology of the Care Recipient. *Aging & Mental Health* 1(19), 1-8. doi: 10.1080/13607863.2014.915919

Erikson, H. E. (1985). *Den fullbordade livscykeln*. Lund: Natur och Kultur.

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2007). *Metodpraktikan – Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012. Hämtad 12.10.2015 från: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lagen om stöd för närståendevård 937/2005. Hämtad 12.10.2015 från: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050937?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=n%C3%A4rst%C3%A5endev%C3%A5rd>

Finska Notisbyrån. (2014, 4 juni). Finlands ekonomi liknar depression. *Hufvudstadsbladet*. Hämtad 10 februari, 2015 från: <http://hbl.fi/nyheter/2014-06-04/614996/bank-finlands-ekonomi-liknar-depression>

Folkhälsan [u.å.]. *För hälsa och livskvalitet*. Hämtad 11 februari, 2016 från: <http://www.folkhalsan.fi/startside/Om-oss/>

Folkpensionsanstalten. *Vem får folkpension?* Hämtad 11 februari, 2015 från: <http://www.kela.fi/web/sv/vem-far-folkpension>

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun. Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Hagberg, B. (2004a). Psykologiska teorier om åldrandet. I O. Dehlin, B. Hagberg, Å. Rundgren, G. Samuelsson & B. Sjöbeck (Red.). *Gerontologi - åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*, (s. 177-187). Stockholm: Natur och Kultur.

Hagberg, B. (2004b). Det goda åldrandet. I O. Dehlin, B. Hagberg, Å. Rundgren, G. Samuelsson & B. Sjöbeck (Red.). *Gerontologi - åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*, (s. 226-246). Stockholm: Natur och Kultur.

Hannikainen, M. & Vauhkonen, J. (2012). *Arbetspensionernas historia inom den privata sektorn i Finland - sammanfattning av verket Ansioiden mukaan. Yksityisalojen työeläkkeiden historia*. Hämtad 24 februari, 2015 från: http://www.etk.fi/sve/gateway/PTARGS_0_2712_459_1046_3729_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/sv/julkaisut/handb%C3%B6cker/arbetspensionernas_historia_inom_den_privata_sektorn_i_finland_7.pdf

Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). (2011). *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsingfors: Duodecim.

Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I. & Rissanen, P. (2013). *Yhteiskuntapolitiikka 78:2. Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin*. Hämtad 25 februari, 2015 från: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104425/kehusmaa.pdf?sequence=2>

Kuuppelomäki M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N. & Shimanouchi, S. (2004). Family Carers For Older Relatives: Sources Of Satisfaction And Related Factors In Finland. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 497-505. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00928.x.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2011). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Litwin, H. Vogel, C., Künemund, H. & Kohli, M. (2008). The balance of intergenerational exchange: correlates of net transfers in Germany and Israel. *European Journal of Ageing*, 5(2), 91-102. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00541.x

Lowenstein, A., Katz, R. & Gur-Yaish, N. (2007). Reciprocity in Parent–Child Exchange and Life Satisfaction among the Elderly: A Cross-National Perspective. *Journal of Social Issues*, 63(4), 865–883. doi: 10.1017/S0144686X08008350

- Malmberg, N. (2015). Omaishoitajat eriarvoisessa asemassa kunnissa. *Yle Uutiset*, 16.11.2015. Hämtad 16 mars, 2016 från:
<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/11/16/omaishoitajat-eriarvoisessa-asemassa-kunnissa>
- Martire, L. M., Schulz, R., Wrosch, C., & Newsom, J. T. (2003). Perceptions and Implications of Received Spousal Care: Evidence from the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, 18(4), 593-601. doi:10.1037/h0087881
- McMunn, A., Nazroo, J., Wahrendorf, M. Breeze, E. & Zaninotto, P. (2009). Participation in Socially-productive Activities, Reciprocity and Wellbeing in Later Life: Baseline Results in England. *Psychology and Aging*, 18(3), 593-601. doi: 10.1017/S0144686X08008350
- Nationalencyklopedin [u.å.]. *Socialgerontologi*. Hämtad 5 januari, 2015 från:
<http://www.ne.se.ezproxy.vasa.abo.fi/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/socialgerontologi>
- Newsom, J. T. & Schultz, R. (1998). Caregiving From the Recipient's Perspective: Negative Reactions to Being Helped. *Health Psychology*, 17(2), 172-181. doi:
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00287685>
- Norden. [u.å.]. *Norden runt på 50 år. Förväntad livslängd*. Hämtad 24 februari, 2015 från:
<http://www.norden.org/sv/tema/tema-2012/nordisk-statistik-i-50-aar-1/statistik-fraan-196220132012/life-expectancy-pdf>
- Nygård, M. (2013). *Socialpolitik i Norden*. Lund: Studentlitteratur.
- Pruchno, R., Burant, C. J. & Peters, N. D. (1997). Understanding the Well-Being of Care Receivers. *The Gerontologist*, 1(37), 102-109. doi: 10.1093/geront/37.1.102
- Purhonen, M., Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. (2011). Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. I M. Kaivolainen, T. Kotiranta,, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön* (s. 12-23). Helsingfors: Duodecim.
- Samuelsson, G. (2004). Det sociala åldrandet. I O. Dehlin, B. Hagberg, Å. Rundgren, G. Samuelsson & B. Sjöbeck, (Red.). *Gerontologi - åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv* (s. 247-286). Stockholm: Natur och Kultur.
- Snellman, F. (2009). ”Gammfolket” – om livserfarenheter och vardagens ålderism. Doktorsavhandling, Umeå Universitet, Institutionen för socialt arbete. Hämtad 15 januari, 2015 från:
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:214421/FULLTEXT01.pdf>
- Snellman, F. (2012). ”Yngre tittar på en och tänker, vilken gammal kärring”: om åldersdiskriminering och om att behandlas som gammal. I B. Jungerstam, S., Nygård, M., Olofsson, B., Pellfolk, T. & Sund, M. (red.) *Åldres värdighet, delaktighet och hälsa. Resultat från GERDA Botnia-projektet*, (s. 42-53). Hämtad 11 februari, 2015 från:
http://www.novia.fi/assets/filer/forskning-och-utveckling/publikation_och_produktion/ldres-vrdighet.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. [u.å.]. *Närståendevård*. Hämtad 22 mars, 2016 från:
<http://stm.fi/sv/narstaendevard>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2006). *Stödet för närståendevård - Handbok för kommunala beslutsfattare*. Hämtad 15 januari, 2015 från:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4151.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2011). *Ett socialt hållbart Finland 2020. Strategi för social- och hälsovårdspolitiken*. Hämtad 27 januari, 2015 från:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15325.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2013a). *Työryhmän väliraportti. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma*. Hämtad 25 februari, 2015 från:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26431.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2013b). *Nationellt utvecklingsprogram för närståendevården - översättning till svenska av kapitlen 1-2 och 6 i mellanrapporten av arbetsgruppen*. Hämtad 18 februari 2015, från:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26852.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2014a). *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen*. [Broschyr]. Hämtad 17 februari, 2015 från:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882187&name=DLFE-31603.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2014b). *Vårdarvoden inom närståendevården år 2015*. [Pressmeddelande]. Hämtad 22 mars, 2016 från:
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/varदारvoden-inom-narstaendevarden-ar-2015?_101_INSTANCE_yr7QpNmlJmSj_languageId=sv_SE

Social- och hälsovårdsministeriet. (2014c). *De äldres möjlighet att bo hemma ska stödas*. [Pressmeddelande]. Hämtad 17 februari, 2015 från:
<http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1899789#sv>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2014d). *Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti*. Hämtad 07 mars, 2015 från:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-29417.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2015). *Genomförande av undersökningar av närståendevårdarnas välmående och hälsa*. [Pressmeddelande]. Hämtad 23 mars, 2016 från:
http://stm.fi/sv/artikkeli/-/asset_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa

Statistikcentralen (2012). *Tabellbilaga 1. Befolkning efter ålder 1900–2060 (åren 2020–2060: prognos)*. Hämtad 10 januari, 2015 från:
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012-09-28_tau_001_sv.html

Statistikcentralen. (2015). *Det relativa arbetslöshetstalet för januari 8,8 procent*. Hämtad 24 februari, 2015 från:
http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2015/01/tyti_2015_01_2015-02-24_tie_001_sv.html

Statistikcentralen. [u.å.] *Begrepp och definitioner*. Hämtad 10 januari, 2015 från:
http://www.stat.fi/til/ttut/kas_sv.html

Stoltz, P., Udén, G. & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00269.x

Tornstam, L. (2011). *Åldrandets socialpsykologi*. (8., rev. utg.) Stockholm: Norstedt.

Wester, A., Larsson, L., Olofsson, L. & Pennbrandt, S. (2013). Caregivers' experiences of caring for an elderly next of kin in Sweden. *Nordic Journal of Nursing Research*, 4(33), 28-32. doi: 10.1177/010740831303300407

Öberg, P. (2001). Livslopp i förändring. I L. Andersson (Red.) *Socialgerontologi*, (s. 44-63). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 *Intervjuguide*

Bakgrundsfrågor

- Hur gammal är du?
- Var är du född?
- Är du och din partner gifta? I så fall, hur länge har ni varit gifta?
- Vad är orsaken till att du behöver vård?
- Har ni ett vårdavtal med kommunen?

Livsloppsperspektivet

- Kan du berätta om ditt liv?
- På vilket sätt blev äldre vårdade då du växte upp?
- Var det vanligt att anhöriga tog hand om sina äldre?
- Vilka förväntningar hade du själv på ditt åldrande när du var yngre?
- Har de här förväntningarna ändrats med åren?
- Kan du berätta om när och hur träffade du din partner?
- Tror du att din bakgrund påverkar hur du känner inför att bli vårdad av din partner? På vilket sätt?

Närståendevård

- Hur länge har du blivit vårdad av din partner?
- Hur kom det sig att ni valde närståendevård som vårdform?
- Hur ser en typisk dag ut i ert liv?
- Kan du berätta om vad som är positivt med närståendevård?
- Kan du berätta om vad som är negativt med närståendevård?

Reciprocitet

- Vad är du bra på?
- Brukar din partner be dig om hjälp med något? Med vad?
- Vad anser du om att kunna göra något för sin partner?
- Oroar du dig någon gång för att vården blir tung för din partner?
- Vad brukade du hjälpa till med förut innan du blev sjuk?
- Finns det ännu någonting du vill berätta?

Bilaga 2

Analysmodell